

**INTERNATIONAL JOURNAL OF
MEDICINE AND PSYCHOLOGY /
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ
МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ**

2021, Том 4, №3

Главный редактор журнала
Салехов Саид Абдуллаевич, доктор медицинских наук, профессор

Члены редакционной коллегии

- Агранович Надежда Владимировна** (РФ, г. Ставрополь) – доктор медицинских наук, профессор
Азовцева Ольга Владимировна (РФ, г. Санкт-Петербург) – кандидат медицинских наук, доцент
Акбиева Зарема Солтанмурадовна (РФ, г. Махачкала) – доктор психологических наук, профессор
Аль Замил Мустафа Кхалил М. Дауд (РФ, г. Москва) – доктор медицинских наук, доцент
Аскерханов Гамид Рашидович (РФ, г. Махачкала) – доктор медицинских наук, профессор
Баев Валерий Михайлович (РФ, г. Пермь) – доктор медицинских наук, профессор
Берсенева Евгения Александровна (РФ, г. Москва) – доктор медицинских наук, профессор
Боязитова Ирина Валерьевна (РФ, г. Пятигорск) – доктор психологических наук, профессор
Васильев Андрей Глебович (РФ, г. Санкт-Петербург) – доктор медицинских наук, профессор
Гаджимурадова Зоя Магомедовна (РФ, г. Махачкала) – доктор психологических наук, профессор
Гайдуков Сергей Николаевич (РФ, г. Санкт-Петербург) – доктор медицинских наук, профессор
Гвозденко Татьяна Александровна (РФ, г. Владивосток) – доктор медицинских наук, профессор
Дергунов Анатолий Владимирович (РФ, г. Санкт-Петербург) – доктор медицинских наук, профессор
Дерягина Лариса Евгеньевна (РФ, г. Москва) – доктор медицинских наук, профессор
Есина Елена Юрьевна (РФ, г. Воронеж) – доктор медицинских наук, профессор
Зеленский Владимир Александрович (РФ, г. Ставрополь) – доктор медицинских наук, профессор
Иванова Ольга Николаевна (РФ, г. Якутск) – доктор медицинских наук, профессор
Карлова Елена Владимировна (РФ, г. Самара) – доктор медицинских наук, профессор
Козлова Елена Михайловна (РФ, г. Нижний Новгород) – доктор медицинских наук, профессор
Корабельников Александр Иванович (РФ, г. Великий Новгород) – доктор медицинских наук, профессор
Кудайбергенов Талгат Капаевич (Казахстан, г. Алма-Ата) – доктор медицинских наук, профессор
Куликова Наталья Геннадьевна (РФ, г. Москва) – доктор медицинских наук, профессор
Леонова Елена Сергеевна (РФ, г. Нижний Новгород) – доктор медицинских наук, профессор
Ловцова Любовь Валерьевна (РФ, г. Нижний Новгород) – доктор фармацевтических наук, доцент
Локшин Вячеслав Нотанович (Казахстан, г. Алма-Ата) – доктор медицинских наук, профессор
Лоскутов Игорь Анатольевич (РФ, г. Москва) – доктор медицинских наук, профессор
Меских Елена Валерьевна (РФ, г. Москва) – доктор медицинских наук, профессор
Накохова Рида Рашидовна (РФ, г. Черкесск) – доктор психологических наук, профессор
Новопольцева Екатерина Геннадьевна (РФ, г. Нижний Новгород) – доктор медицинских наук, профессор
Овсяник Ольга Александровна (РФ, г. Москва) – доктор психологических наук, доцент
Пазухина Светлана Вячеславовна (РФ, г. Тула) – доктор психологических наук, доцент
Пантюхин Андрей Валерьевич (РФ, г. Смоленск) – доктор фармацевтических наук, доцент
Петрова Наталия Гурьевна (РФ, г. Санкт-Петербург) – доктор медицинских наук, профессор
Петрушкина Надежда Петровна (РФ, г. Челябинск) – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник
Прокопьев Николай Яковлевич (РФ, г. Тюмень) – доктор медицинских наук, профессор
Прошин Андрей Владимирович (РФ, г. Великий Новгород) – доктор медицинских наук, доцент
Прошина Лидия Григорьевна (РФ, г. Великий Новгород) – доктор медицинских наук, профессор
Севрюков Федор Анатольевич (РФ, г. Нижний Новгород) – доктор медицинских наук, доцент
Семенова Файзура Ореловна (РФ, г. Карачаевск) – доктор психологических наук, профессор
Скосарев Иван Александрович (Казахстан, г. Караганда) – доктор медицинских наук, профессор
Спирина Алена Вадимовна (РФ, г. Тюмень) – кандидат психологических наук, доцент
Тихомирова Галия Имамутдиновна (РФ, г. Ижевск) – доктор медицинских наук, доцент
Ткаченко Ирина Валерьевна (РФ, г. Армавир) – доктор психологических наук, доцент
Федоров Андрей Алексеевич (РФ, г. Екатеринбург) – доктор медицинских наук, профессор
Хаджиева Зара Джамалеевна (РФ, г. Пятигорск) – доктор фармацевтических наук, профессор
Хайдов Сергей Курбанович (РФ, г. Тула) – кандидат психологических наук, доцент
Хан Майя Алексеевна (РФ, г. Москва) – доктор медицинских наук, профессор
Пахаева Анжелика Амировна (РФ, г. Махачкала) – доктор психологических наук, профессор
Шабанов Петр Дмитриевич (РФ, г. Санкт-Петербург) – доктор медицинских наук, профессор
Шарабрин Евгений Георгиевич (РФ, г. Нижний Новгород) – доктор медицинских наук, профессор
Ястребова Елена Борисовна (РФ, г. Санкт-Петербург) – доктор медицинских наук, профессор

«International Journal of Medicine and Psychology / Международный журнал медицины и психологии» включен в список ВАК с 04.02.2020г., РИНЦ (Elibrary.ru) и в Международную базу данных Agris.

Свидетельство о регистрации СМИ: Эл № ФС77-76101 от 24 июня 2019г. Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
ISSN 2658-3313 (online)

E-mail: medicine@dgpu-journals.ru

Сайт: <http://ijmp.ru>

Подписано к публикации 5 мая 2021 года

© International Journal of Medicine and Psychology / Международный журнал медицины и психологии, 2020

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Филиппова О.В. ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ НОТАРИУСА	7-13
Кегова Л.В. МЕДИАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛАССНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ	14-18
Портная Я.А., Салахова В.Б., Рерке В.И. ИЗУЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	19-25
Сулаева Ж.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА РУКОВОДИТЕЛЯ – КАК ОДИН ИЗ ГАРАНТОВ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЕЙ	26-28
Шельшакова Н.Н. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СОБСТВЕННОЙ СЕМЬЕ У ДЕТЕЙ ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ	29-35
Казанков В.В. ЧИСЛЕННАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ УСТОЙЧИВОСТИ ЧЕЛОВЕКА ПО ПРАВИЛУ ЗОЛОТОЙ ПРОПОРЦИИ	36-44
Артемьева Ж.Г., Коканов Н.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОФАЙЛИНГА В ОЦЕНКЕ ПЕРСОНАЛА	45-50
Кудрявцев В.А., Тарадай Ю.М. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ БУЛЛИНГОВОЙ ВИКТИМНОСТИ У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	51-55
Тимофеева Ю.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АДАПТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ, ОБУЧАЕМЫХ НА РАЗЛИЧНОЙ ФИНАНСОВОЙ ОСНОВЕ	56-59
Алёхина А.В. ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НЕГАТИВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ШАХМАТНОЙ ИГРЕ	60-65
Боровецкая М.А. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ	66-70
Елисеева В.О., Данилова М.В. СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ	71-75
Зиборова А.В., Данилова М.В. СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМОРЕГУЛЯЦИИ	76-81
Коренева Е.В., Родионова Е.А. МОТИВАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ СОТРУДНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	82-88

- Лунина А.Д.**
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА
ОТЦА В ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННОМ МИРЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ
НА ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДОЧЕРИ 89-96
- Мадоян М.А., Киселева Р.Н.**
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ОСУЖДЕННЫХ, ОТБЫВАЮЩИХ
НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ
(К 40-ЛЕТИЮ ИЗУЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ) 97-104
- Минюрова С.А., Аминова Дж.К.**
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
ЛИЧНОСТИ МАГИСТРАНТА, ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ
44.04.02- ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ 105-112
- Лысенко Е.М., Коротенко В.С., Ларионова Т.И.**
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕЦЕНТРИРОВАННОЙ КОМПЕТЕНЦИИ
И ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ КАК ОСНОВЫ КУЛЬТУРЫ
ЖИЗНИ ОБУЧАЕМЫХ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ 113-120
- Рубанова Е.Ю.**
ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ САМОИЗОЛЯЦИИ 121-123

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

- Мухина И.Г., Жеравин А.А.**
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АДРОННОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ
И В МИРЕ: ГЕОГРАФИЯ И ОСНАЩЕННОСТЬ 124-132
- Магомедов А.М., Даниялова П.М., Алиева С.Н., Алимханова А.А.**
ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ЛЮДЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ
СЕРДЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 133-139
- Чаплыгина Е.В., Гужвина Е.Н., Болгова М.Ю., Печенкин В.Г.**
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО
САХАРНОГО ДИАБЕТА 140-148
- Абдуллоев С.М.**
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АЛИМЕНТАРНОГО
ОЖИРЕНИЯ НА ФОНЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА 149-154
- Коновалова М.В., Воробцова И.Н., Васильев В.В.,
Курдынко Л.В., Шалоня Н.В.**
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ БЕСПЛОДИИ 155-160
- Мельников И.А., Салехов С.А., Корабельникова И.А., Гайдуков С.Н.**
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СТРЕССА В СНИЖЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ СПЕРМЫ 161-167

PSYCHOLOGICAL SCIENCES

Filippova O.V. PSYCHOLOGY OF THE PERSONALITY OF A NOTARY	7-13
Ketova L.V. MEDIATION TECHNOLOGIES AS A TOOL FOR RESOLVING CONFLICTS IN THE ACTIVITIES OF THE CLASS TEACHER	14-18
Portnaya Ya.A., Salakhova V.B., Rerke V.I. INVESTIGATION OF DEPRESSION MANIFESTATIONS BY ADOLESCENTS WITH HYPOTHALAMIC SYNDROME	19-25
Sulaeva Zh.A. PSYCHOLOGICAL QUALITIES OF THE MANAGER AS ONE OF THE GUARANTORS OF EFFECTIVE MANAGEMENT OF THE ORGANIZATION	26-28
Shelshakova N.N. THE IDEA OF THEIR OWN FAMILY IN CHILDREN FROM SINGLE-PARENT FAMILIES	29-35
Kazankov V.V. NUMERICAL SCALE OF THE ASSESSMENT OF STABILITY OF THE PERSON BY THE RULE OF THE GOLD PROPORTION	36-44
Artemyeva Zh.G., Kokanov N.A. APPLICATION OF PROFILING IN PERSONNEL EVALUATION	45-50
Kudryavtsev V.A., Taraday Yu.M. RESEARCH OF PECULIARITIES OF VICTIMNESS IN CONSEQUENCE OF BULLYING IN ADOLESCENTS WITH SENSORY DISORDERS	51-55
Timofeeva Yu.N. COMPARATIVE ANALYSIS OF PERSONAL ADAPTABILITY OF MEDICAL STUDENTS TRAINED ON DIFFERENT FINANCIAL BASIS	56-59
Alyokhina A.V. DIAGNOSIS AND CORRECTION OF NEGATIVE EXPERIENCES OF CHILDREN IN THE PROCESS OF LEARNING THE CHESS GAME	60-65
Borovetskaya M.A. COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR PATIENTS WITH TENSION HEADACHES	66-70
Eliseeva V.O., Danilova M.V. CONTENT OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF ADOLESCENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF ANXIETY	71-75
Ziborova A.V., Danilova M.V. CONTENT OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF ADOLESCENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF SELF-REGULATION	76-81
Koreneva E.V., Rodionova E.A. MOTIVATIONAL CHARACTERISTICS OF THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF DENTAL CLINIC EMPLOYEES	82-88

- Lunina A.D.**
SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE IMAGE OF THE FATHER
IN HISTORY AND THE MODERN WORLD AND ITS INFLUENCE ON THE
CHOICE OF A PARTNER OF THE OPPOSITE SEX BY WOMEN 89-96
- Madoyan M.A., Kiseleva R.N.**
FACTORS AFFECTING THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF HIV-INFECTED CONVICTS SERVING SENTENCES IN PLACES
OF DEPRIVATION OF LIBERTY (ON THE 40TH
ANNIVERSARY OF HIV INFECTION STUDY) 97-104
- Minyurova S.A., Aminova Zh.K.**
DETERMINATION OF THE INDEX OF PSYCHOLOGICAL SECURITY
OF THE PERSONALITY OF A MASTER STUDENT STUDYING IN
THE DIRECTION 44.04.02-PSYCHOLOGICAL
AND PEDAGOGICAL EDUCATION 105-112
- Lysenko E.M., Korotenko V.S., Larionova T.I.**
FORMATION OF HEALTH-CENTERED COMPETENCE AND TIME
PERSPECTIVE AS THE BASIS OF THE LIFE CULTURE
OF HIGHER SCHOOL STUDENTS 113-120
- Rubanova E.Yu.**
FEATURES OF SUBJECTIVE ASSESSMENT OF THE QUALITY
OF LIFE IN CONDITIONS OF SELF-ISOLATION 121-123

MEDICINE AND BIOLOGICAL SCIENCES

- Mukhina I.G., Zheravin A.A.**
CURRENT HADRON THERAPY CONDITION IN RUSSIA
AND THE WORLD: GEOGRAPHY AND EQUIPPING 124-132
- Magomedov A.M., Daniyalova P.M., Alieva S.N., Alimkhanova A.A.**
IMPACT OF COVID-19 ON PEOPLE WITH COMBINED HEART DISEASES 133-139
- Chaplygina E.V., Gyzhvina E.N., Bolgova M.Yu., Pechenkin V.G.**
COUSES OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS 140-148
- Abdulloev S.M.**
PATHOGENETIC FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF ALIMENTARY
OBESITY IN THE BACKGROUND OF PSYCHOLOGICAL STRESS 149-154
- Konovalova M.V., Vorobtsova I.N., Vasilyev V.V.,
Kurdynko L.V., Shalonya N.V.**
PATHOGENETIC JUSTIFICATION OF THE STUDY OF THE TRANSPORTATION
FUNCTION OF THE UTERINE TUBES IN INFERTILITY 155-160
- Melnikov I.A., Salekhov S.A., Korabelnikova I.A., Gaydukov S.N.**
PATHOGENETIC SIGNIFICANCE OF PSYCHOLOGICAL
STRESS IN REDUCING SPERM FERTILITY 161-167

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

*Филиппова О.В., кандидат юридических наук, доцент,
Уральский федеральный университет им. первого
Президента России Б.Н. Ельцина*

ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ НОТАРИУСА

Аннотация: профессиональная компетентность нотариуса понимается как интегральное личностно-деятельностное и субъектное образование, включающее совокупность взаимосвязанных мотивационно-ценностных, личностных и субъектных качеств и специально-правовых, информационных, социально-коммуникативных, рефлексивно-оценочных компетенций, обеспечивающих успешность нотариальной деятельности.

Психологические особенности нотариальной деятельности и личности нотариуса как субъекта нотариальной деятельности связаны с историей развития нотариата как правового института государства и общества, которые имели свою специфику на разных исторических этапах становления нотариата. С процессами становления нотариата и усложнения форм и видов нотариальной деятельности связана эволюция личности нотариуса.

Ключевые слова: психология личности, нотариус, нотариат, психологический облик

Важным аспектом личности нотариуса являлись вопросы его профессиональных знаний законов и нотариального делопроизводства. Современники обращали внимание на то, что профессиональная подготовка нотариусов является основной в его профессиональной деятельности, поскольку, как отмечал С. Барановский, нотариусу «приходится всегда быть в курсе дела и дополнять свои познания не только чисто нотариальной специальностью, но и другими отраслями законовения» [1].

В европейских странах первостепенное значение в профессиональных требованиях к нотариусу также имели его профессиональные навыки (стаж профессиональной деятельности) и юридическая подготовка (наличие специального образования). При этом особое внимание уделялось гражданству, возрасту и нравственным качествам [11]. Во Франции император Наполеон I Бонапарт отводил нотариату ключевую роль в реализации положений Гражданского кодекса. Советник императора, граф Пьер-Франсуа Реаль, сравнивая психологические качества государственных чиновников и нотариусов, особое внимание уделял возможности нотариусов выступать в качестве лиц, способных разрешать конфликтные ситуации, высказывая мнение о том, что чиновники, состоящие на государственной службе, призваны урегулировать конфликты и примирять спорящие стороны, действуя при этом в интересах государства и справедливости. Однако большую уверенность и «мироуспокоение» вселяли чиновники другого плана, те, «которые являлись бы для сторон беспристрастными советниками, а также объективными редакторами их волеизъявлений – это нотариусы» [4].

На современном этапе развития отечественного нотариата, согласно российскому законодательству, нотариусом может быть только гражданин Российской Федерации с высшим юридическим образованием, сдавший квалификационный экзамен, состоящий из проверки знаний претендента различных отраслей права, получивший лицензию. Помимо всего прочего, для кандидата обязательным условием является прохождение в течение не менее шести месяцев стажировки у государственного или частнопрактикующего нотариуса. Высокие профессиональные требования, как отмечалось выше, предъявляются к нравственно-этическим качествам личности нотариуса. Обратился к мнению П.В. Герасименко, президенту нотариальной палаты Санкт-Петербурга, который отмечает, прежде всего, этическую и ценностно-смысловую составляющую нотариальной деятельности: «Нотариус зависит только от закона и своей совести и это, на мой взгляд, очень важно» [5].

Психологический анализ нотариальной деятельности и личности современного нотариуса предполагает обращение к общетеоретическим положениям психологической науки, позволяющим раскрыть психологические механизмы и закономерности профессиональной деятельности нотариуса с позиции системогенетического подхода, который отражен в работах Н.В. Нижегородцевой [8], Ю.П. Поваренкова [10], В.Д. Шадрикова [15] и др. С этих позиций, согласно В.Д. Шадрикову, компонентами психологической структуры профессиональной деятельности нотариуса выступают мотивация, программирование, целеполагание, правовые знания, отражающие информационно-аналитическую основу деятель-

ности; специфика принятия решений в ходе реализации профессиональных задач, контроль результатов деятельности, а также ПВК субъекта нотариальной деятельности. Данные компоненты образуют, согласно В.Д. Шадрикову, «целостное единство психических компонентов и их всесторонних связей, которые побуждают, программируют, регулируют и реализуют деятельность» [15] нотариуса. Предметом психологического анализа в психологической структуре профессиональной деятельности нотариуса выступают и «индивидуальные качества субъекта, которые составляют ее внутреннюю структуру» [8] при осуществлении нотариальной деятельности.

Раскроем структурные компоненты психологической структуры нотариальной деятельности, в качестве которых выступают отдельные виды психической деятельности нотариуса. Так, согласно В.Л. Васильеву, структурными психологическими компонентами профессиональной деятельности нотариуса являются:

- познавательная деятельность, заключающаяся в профессиональном исследовании документов;

- коммуникативная деятельность, отражающая организацию психологического контакта с гражданами, которые обращаются к услугам нотариуса;

- удостоверительная деятельность, которая отражает достижение основной профессиональной цели по приданию определенным результатам нотариальной деятельности юридической силы [2].

И.Н. Сорокотягин расширяет перечень видов деятельности нотариуса. В качестве таковых он называет:

- организаторскую деятельность, которая позволяет обеспечить профессиональное выполнение нотариальных действий;

- познавательную деятельность, заключающуюся в профессиональном исследовании представленных документов, при котором используются научно-технические средства и тактико-психологические приемы изучения документов;

- конструктивную деятельность, связанную с планированием работы нотариальной конторы;

- коммуникативную деятельность, связанную с организацией взаимоотношений с гражданами, обратившимися за помощью, и со специалистами;

- удостоверительную деятельность, связанную с удостоверением сделок, заявлений, копий документов и т.п.;

- воспитательную деятельность, предполагающую использование методов воспитания в процессе решения профессиональных задач (беседа, объяснение, показ, одобрение, порицание,

контроль и др.) [13].

Общая психологическая архитектура профессиональной деятельности нотариуса определяет психологическую структуру его профессионально-важных качеств. Интерес представляет исследование системы и структуры индивидуально-психологических свойств и качеств нотариуса, обеспечивающих на психологическом уровне развитие и реализацию нотариальной деятельности.

Прежде всего, отметим, что специфика осуществления всех видов деятельности нотариуса заключается в ее правовой обусловленности, что предполагает реализацию принципа законности на всех стадиях ее выполнения. Сущность правового требования законности сводится к тому, что нотариус как субъект деятельности при осуществлении предоставленных ему полномочий должен неукоснительно соблюдать предписания действующего законодательства, прямо устанавливающего их функции, а также выполнять то законодательство, которое регламентирует обстоятельства, являющиеся непосредственно предметом нотариального разбирательства. В этой связи необходимо отметить, что высокий уровень правового сознания и правовой идентичности, а также этических ценностей личности нотариуса выступают в роли профессионально-важных качеств, обеспечивающих успешность профессиональной нотариальной деятельности. Н.В. Исаева говорит о необходимости формирования «правовой идентичности как базового основания профессиональной идентичности юриста, в процессе достижения которой акцент делается не только на формальное освоение профессиональных умений и навыков, но ценностное освоение права как необходимого условия становления личности профессионального юриста» [6]. Автор утверждает, что «достигнутая правовая идентичность, являясь результатом ценностно-смысловой рефлексии права, предстает как та часть правовой культуры, которая ориентирована на отношение к праву как положительному результату человеческой деятельности..., обеспечивает взаимосвязь и единство обыденного, профессионального и теоретико-идеологического уровней правосознания» [6].

Становление правовой идентичности юриста-нотариуса происходит в процессе интериоризации внешних регуляторов, в качестве которых выступают профессиональные этические нормы и принципы нотариальной деятельности, во внутриличностный план. В результате в ценностно-смысловой сфере личности нотариуса, с одной стороны, формируется система профессиональных ценностей, ведущими из которых являются правовые ценности и нормы, с другой – профессионально-личностная субъектная позиция нотариуса как

система его взглядов и установок, реализуемых в профессиональной деятельности. Этические нормы и ценности профессиональной деятельности нотариуса закреплены в нормативных актах действующего законодательства РФ: в «Основах законодательства Российской Федерации о нотариате», (утв. ВС РФ 11.02.1993 N 4462-1) (ред. от 30.12.2020); «Кодексе профессиональной этики нотариусов в Российской Федерации» [9]. В данных нормативных актах сформулированы профессиональные и морально-этические стандарты нотариальной деятельности и личного поведения нотариуса, характеристика нарушений профессиональной дисциплины и этики, принципы и виды ответственности, порядок наложения и снятия взысканий, а также меры поощрения нотариуса. Нотариус, впервые назначенный на должность, приносит присягу: «Торжественно присягаю, что обязанности нотариуса буду исполнять в соответствии с законом и совестью, хранить профессиональную тайну, в своем поведении руководствоваться принципами гуманности и уважения к человеку» (Статья 14 Основ). Психологический смысл присяги, в которой закреплены нравственные и этические обязательства профессиональной деятельности нотариуса, заключается в понимании ее как ритуала вхождения в ценностно-нормативную и этическую среду профессионального сообщества нотариусов.

В настоящее время в психологической литературе научных исследований, посвященных психологическим особенностям нотариуса как субъекта нотариальной деятельности, крайне мало. В научной публикации Т.А. Чугуевой, представлен анализ профессионального и личностного самоопределения субъекта нотариальной деятельности. Показано, что на начальной стадии профессионализации нотариусов характерна общая напряженность системы профессиональной мотивации, доминирование мотивации на стабильность, а не на профессиональную компетентность, приоритетными карьерными ориентациями выступают ориентация на служение и на интеграцию стилей жизни, что может являться следствием особенностей выбранной профессиональной деятельности [14].

Значимость мотивационной и ценностно-смысловой сферы профессионального сознания нотариусов, определяющей особенности мировоззрения, жизненные позиции, отношения к нравственно-этическим категориям, подчеркивается в исследовании Г.В. Соловьевой. Как говорит автор, «юристы, работающие в системе органов, в функции которых входят подготовка и удостоверение сделок, оформление наследственных прав, засвидетельствование документов для придания им юридической достоверности, берут на себя не

только юридическую, но и личностную ответственность перед своими клиентами и государством» [12]. Б.М. Гонгало отмечает, что профессия нотариуса требует соблюдения, как норм законности, так и следование этическим нормам. Например, строгое следование законности в тех случаях, когда, несмотря на материальную выгодность нотариального действия, оно является незаконным, отказ от совершения нотариальных действий, в которых нотариус лично прямо или косвенно заинтересован, что отвечает правилам профессиональной этики нотариуса [3].

Анализ научных работ, посвященных описанию психологических качеств и индивидуально-психологических свойств личности нотариуса как субъекта профессиональной деятельности, показал недостаточную системность в их выделении. Согласно В.Л. Васильеву, для квалифицированных нотариусов характерны предельная терпеливость, профессиональная зоркость, аккуратность, умение располагать к доверию, душевная щедрость, готовность выполнить свои обязанности, несмотря на трудности, что должно находить выражение в поведении, в словах, в действиях и в облике нотариуса как специалиста, выполняющего ответственную государственную работу [2].

В структуре ПВК нотариуса И.Н. Сорокотягин выделяет следующие группы качеств:

– морально-нравственные качества, отражающие нравственные и моральные ценности, которые регулируют профессиональную деятельность и поведение нотариуса;

– интеллектуальные качества, ведущими из которых являются практическое мышление, аналитико-синтетические способности, быстрота, глубина, гибкость, самостоятельность и критичность мышления;

– организаторские качества – выдержка, уверенность, дисциплинированность, аккуратность, исполнительность, самоконтроль, способность к концентрации физических и психических усилий при решении профессиональных задач;

– эмоционально-волевые качества – цельность, принципиальность (наличие твердых убеждений и активного стремления к их реализации), последовательность (способность твердо и неукоснительно выполнять свои обязанности), решительность, оперативность, инициативность.

– психофизиологические качества – эмоциональная и психологическая уравновешенность, работоспособность, эмоциональная стабильность, самообладание, спокойствие, особенно в остроконфликтных ситуациях [13].

В основе профессиональной компетенции нотариуса, согласно Т.И. Куликовой, лежат социально-коммуникативные свойства и качества,

к которым относятся способность к пониманию своих индивидуально-психологических особенностей, умение давать оценку своему психическому состоянию, умение осуществлять объективное восприятие и адекватное понимание клиентов, способность к сопереживанию, гибкость и коммуникабельность, способность к сотрудничеству [7].

В настоящее время возникла необходимость разработки компетентностно-ориентированных моделей юристов, осуществляющих нотариальную деятельность. Очевидным является необходимость выявления научно обоснованных профессиональных и личностных компетенций нотариуса, отвечающих современным требованиям нотариальной деятельности. Однако анализ научной и научно-методической литературы показал недостаточное внимание исследователей к данной проблеме. Крайне мало научных психологических исследований по проблеме личности нотариуса как субъекта нотариальной деятельности и психологических особенностей собственно нотариальной деятельности.

Анализ учебно-методических программ по

изучению дисциплины «Нотариат» в системе высшего и непрерывного юридического образования показал, что в качестве их результативных показателей выступают, как правило, специальные компетенции, отражающие знания, навыки, умения и способности в области нотариальной деятельности и отдельных видов нотариальной практики. Личностным и коммуникативным компетенциям нотариуса, а также информационно-коммуникативным компетенциям, связанными с электронно-цифровыми технологиями, применяемыми в настоящее время в профессиональной деятельности нотариуса, уделяется незначительное внимание. Лишь в отдельных учебно-методических программах выделены некоторые профессиональные качества нотариуса – умение устанавливать контакт, вести переговоры, самообладание и т.п.

Таким образом, на сегодняшний день актуальным становится разработка и апробация научно обоснованной *компетентностно-ориентированной модели личности юриста-нотариуса* (см. рис. 1).



Рис. 1. Компетентностно-ориентированная модель личности юриста-нотариуса

Заключение

В основу представленной в настоящем исследовании компетентностной модели нотариуса положен системно-деятельностный подход, согласно которому, исходя из структурно-функциональных компонентов деятельности, выделены компоненты профессиональных компетенций нотариуса:

Мотивационно-ценностный компонент (мотивационно-ценностный уровень деятельности) – отражает систему потребностей, мотивов и этических ценностей личности нотариуса, с одной стороны, и возможностей удовлетворения этих потребностей, заложенных в особенностях профессии нотариуса, – с другой. Степенью соответствия этих двух аспектов определяется уровень мотивации трудового поведения нотариуса.

Субъектно-личностный компонент (уровень субъекта деятельности) отражает психофизиологические и индивидуально-психологические свойства и качества личности нотариуса как субъекта деятельности, а также субъектные качества личности нотариуса во всем многообразии их свойств.

Операционно-деятельностный компонент (компонентно-целевой и структурно-функциональный уровень деятельности) отражает уровень владения умениями, навыками, способностями к постановке целей и осуществления правовых действий и операций в целостной структуре нотариальной деятельности.

Информационно-когнитивный компонент (информационный уровень деятельности) отражает уровень правовых знаний, уровень владения способами получения правовой информации и владения способностью к организации информационного обеспечения, в том числе посредством электронно-цифровых технологий, необходимых для нотариальной деятельности.

Социально-коммуникативный компонент (уровень профессионального общения) отражает систему коммуникативных способностей, навыков, умений и коммуникативных качеств личности, необходимых для успешного профессионального общения, в том числе в противоречивых и конфликтных ситуациях профессионального взаимодействия.

Рефлексивно-оценочный компонент (уровень оценки и контроля результатов деятельности) отражает способности, умения и навыки, связанные контролем и оценкой результатов нотариальных действий и видов деятельности в целостной структуре нотариальной деятельности, способность оценивать свои личностные качества как субъекта профессиональной деятельности.

Итак, психология личности нотариуса на современном этапе развития психологической науки наиболее полно раскрывается в контексте интеграционных моделей личности специалиста, в качестве которой выступает компетентностно-ориентированная модель личности нотариуса. Системно-деятельностный подход к пониманию профессиональной деятельности нотариуса и выделению ее структурно-функциональных компонентов, позволяет выделить компоненты профессиональных компетенций нотариуса, демонстрируя многозначность связей личность нотариуса – нотариальная деятельность. В данной модели мотивационно-ценностный и субъектно-личностный компоненты компетентности нотариуса отражают уровень субъекта деятельности и мотивационно-ценностный уровень нотариальной деятельности; операционно-деятельностный компонент отражает связь с компонентно-целевым и структурно-функциональным уровнем нотариальной деятельности; информационно-когнитивный компонент – с информационным уровнем нотариальной деятельности; социально-коммуникативный – с уровнем профессионального общения; рефлексивно-оценочный компонент – с уровнем оценки и контроля результатов деятельности. Компоненты профессиональной компетентности, таким образом, образуют, с одной стороны, комплекс компетенций нотариуса, которые отражают профессионально-личностные способности, умения, навыки и знания, связанные с функционально-динамическими характеристиками профессиональной деятельности и профессионального общения; с другой – мотивационно-личностные компетенции и субъектные качества нотариуса, которые находят свое воплощение в различных функциональных системах и уровнях реализации профессиональной деятельности.

Литература

1. Барановский С. Пасынки Фемиды // Нотариальный вестник. 1903. № 2. С. 7.
2. Васильев В.Л. Юридическая психология: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности «Юриспруденция». 6-е изд. перераб. и доп. Москва: Питер, 2009. 604 с.
3. Гонгалло Б.М., Зайцева Т.И., Крашенинников П.В., Юшкова Е.Ю., Ярков В.В. Настольная книга нотариуса: учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр. и доп. М.: Изд-во «Волтерс Клувер», 2004. Т. 1. 574 с.

4. Долгов М.А. Институт российского нотариата: история и современность: Монография. М.: Изд-во РГТЭУ, 2005. С. 85.
5. Еременко А.А. Невский нотариат: люди, судьбы, исторические параллели (часть 2). СПб.: Нотариальная палата Санкт-Петербурга, 2017. С. 536.
6. Исаева, Н.В. Правовая идентичность (теоретико-правовое исследование): дис. ... докт. юрид. наук. Москва, 2014. С. 321.
7. Куликова Т.И. Индивидуальный имидж как социально-коммуникативный компонент профессиональной компетентности нотариуса // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 7-3. С. 488 – 492.
8. Нижегородцева Н.В. Системогенетический анализ готовности к обучению: Монография. Ярославль: «Аверс Пресс», 2004. 338 с.
9. Основы законодательства Российской Федерации о нотариате, (утв. ВС РФ 11.02.1993 N 4462-1) (ред. от 30.12.2020); «Кодекс профессиональной этики нотариусов в Российской Федерации», утв. Минюстом России 12.08.2019, 19.01.2016. М.: Фонд развития правовой культуры, 2019. 28 с.
10. Поваренков Ю.П. Системогенетический подход к пониманию профессионально важных качеств субъекта труда // Ярославский педагогический вестник. 2012. Т. 2. № 1. С. 232 – 237.
11. Скрипилев Е. Слово «нотариус» – латинского происхождения // Российская юстиция. 2003. № 5. С. 12 – 14.
12. Соловьева, Г.В. Психологические особенности смысловой саморегуляции юристов – сотрудников нотариальных контор: дис. ... канд. психол. наук Ростов-на-Дону, 2007. С. 15 – 16.
13. Сорокотягин И.Н., Сорокотягина Д.А. Юридическая психология: учебник и практикум для академического бакалавриата. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство Юрайт, 2017. С. 322 – 328.
14. Чугуева Т.А. Мотивационные компоненты профессионализации нотариуса // Вестник Адыгейского государственного университета. 2013. № 3 (123). С. 149 – 157.
15. Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. М.: Логос, 2007. 189 с.

References

1. Baranovskij S. Pasyunki Femidy. Notarial'nyj vestnik. 1903. № 2. S. 7.
2. Vasil'ev V.L. YUridicheskaya psihologiya: uchebnik dlya studentov vysshih uchebnyh zavedenij, obuchayushchihya po special'nosti «YUrisprudenciya». 6-e izd. pererab. i dop. Moskva: Piter, 2009. 604 s.
3. Gongalo B.M., Zajceva T.I., Krashennnikov P.V., YUshkova E.YU., YArkov V.V. Nastol'naya kniga notariusa: uchebno-metodicheskoe posobie. 2-e izd., ispr. i dop. M.: Izd-vo «Volters Kluver», 2004. T. 1. 574 s.
4. Dolgov M.A. Institut rossijskogo notariata: istoriya i sovremennost': Monografiya. M.: Izd-vo RGTEU, 2005. S. 85.
5. Eremenko A.A. Nevskij notariat: lyudi, sud'by, istoricheskie paralleli (chast' 2). SPb.: Notarial'naya palata Sankt-Peterburga, 2017. S. 536.
6. Isaeva, N.V. Pravovaya identichnost' (teoretiko-pravovoe issledovanie): dis. ... dokt. jurid. nauk. Moskva, 2014. S. 321.
7. Kulikova T.I. Individual'nyj imidzh kak social'no-kommunikativnyj komponent professional'noj kompetentnosti notariusa. Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. 2016. № 7-3. S. 488 – 492.
8. Nizhegorodceva N.V. Sistemogeneticheskij analiz gotovnosti k obucheniyu: Monografiya. YAroslavl': «Avers Press», 2004. 338 s.
9. Osnovy zakonodatel'stva Rossijskoj Federacii o notariate, (utv. VS RF 11.02.1993 N 4462-1) (red. ot 30.12.2020); «Kodeks professional'noj etiki notariusov v Rossijskoj Federacii», utv. Minyustom Rossii 12.08.2019, 19.01.2016. M.: Fond razvitiya pravovoj kul'tury, 2019. 28 s.
10. Povarenkov YU.P. Sistemogeneticheskij podhod k ponimaniyu professional'no vazhnyh kachestv sub"ekta truda. YAroslavskij pedgogicheskij vestnik. 2012. T. 2. № 1. S. 232 – 237.
11. Skripilev E. Slovo «notarius» – latinskogo proiskhozhdeniya. Rossijskaya yusticiya. 2003. № 5. S. 12 – 14.
12. Solov'eva, G.V. Psihologicheskie osobennosti smyslovoj samoregulyacii yuristov – sotrudnikov notarial'nyh kontor: dis. ... kand. psihol. nauk Rostov-na-Donu, 2007. S. 15 – 16.
13. Sorokotyagin I.N., Sorokotyagina D.A. YUridicheskaya psihologiya: uchebnik i praktikum dlya akademicheskogo bakalavriata. 4-e izd., pererab. i dop. M.: Izdatel'stvo YUrajt, 2017. S. 322 – 328.
14. CHugueva T.A. Motivacionnye komponenty professionalizacii notariusa. Vestnik Adygejskogo gosudarstvennogo universiteta. 2013. № 3 (123). S. 149 – 157.
15. SHadrikov V.D. Problemy sistemogenezu professional'noj deyatel'nosti. M.: Logos, 2007. 189 s.

***Filippova O.V., Candidate of Juridical Sciences (Ph.D.), Associate Professor,
Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin***

PSYCHOLOGY OF THE PERSONALITY OF A NOTARY

Abstract: the professional competence of a notary is understood as an integral personality-activity and subject education, including a set of interrelated motivational-value, personal and subjective qualities and special-legal, informational, socio-communicative, reflexive-evaluative competencies that ensure the success of notarial activities.

The psychological characteristics of notarial activity and the personality of a notary as a subject of notarial activity are associated with the history of the development of the notary as a legal institution of the state and society, which had their own specifics at different historical stages of the formation of the notary. The evolution of the personality of a notary is associated with the processes of the formation of the notary and the complication of the forms and types of notarial activity.

Keywords: personality psychology, notary, notary, psychological image

*Кетова Л.В., учитель,
Школа № 196, г. Северск, Томская область*

МЕДИАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛАССНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ

Аннотация: статья посвящена урегулированию конфликтных ситуаций классным руководителем с участием подростков медиативными технологиями. Раскрывает понятие о медиации, конфликтах и восстановительном подходе при разрешении конфликтных ситуаций. Предназначена классным руководителям, педагогам и всех интересующимся применением современных технологий разрешения конфликтов средствами медиации. Конфликтное поведение и конфликты могут рассматриваться как негативное явление, разрушительно воздействующее как на несовершеннолетних, так и на окружающую среду. Подростковый возраст выступает критическим периодом формирования личности. Развитие личности подростка определяется преодолением противоречий физического и социального развития. Эти противоречия проявляются внутренними и внешними конфликтами.

Ключевые слова: конфликт, конфликтное поведение, конфликтные ситуации, медиация, медиативные технологии, восстановительная медиация, восстановительный подход, круг сообщества, семейная конференция, подросток, классный руководитель, коммуникативные техники

Конфликтное поведение и конфликты могут рассматриваться как негативное явление, разрушительно воздействующее как на несовершеннолетних, так и на окружающую среду. Подростковый возраст выступает критическим периодом формирования личности. Развитие личности подростка определяется преодолением противоречий физического и социального развития. Эти противоречия проявляются внутренними и внешними конфликтами [8].

Слово «конфликт» – столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений (взглядов) оппонентов, потерей способности понимания и взаимопонимания [2, 5]. Психологи отмечают, конфликт позволяет предотвратить стагнацию общества, стимулирует поиск урегулирования проблем. Конфликт малой интенсивности, разрешенный мирно, способен предотвратить более серьезный конфликт. Конфликт – источник саморазвития несовершеннолетнего, представляется как развертывание его противоречивых стремлений [6, 7, 8].

Образовательное учреждение – место, где встречаются личности разных взглядов, ценностей, воспитания. Столкновения неизбежны. Свести негативное влияние конфликтов к минимуму – задача педагогического коллектива школы. Ответственность за благополучный климат в классном коллективе возложена на закрепленного учителя, инструментом реализации воспитательной стратегии которого является внедрение восстановительных технологий и принципов медиации в образовательную среду [2].

Медиация, пришедшая из юриспруденции, прочно вошла в школы. «Медиация – способ разрешения споров мирным путем на основе выработки спорящих сторон взаимоприемлемого ре-

шения, с целью сохранения и (или) восстановления отношений с окружающими» [1].

Школьная медиация оказывает глубокое воздействие на подростков, чем заурядная программа выяснения отношений. Герасимова А.В. считает медиацию средством предостережения, образования и эскалации разногласий [6].

Восстановительная медиация помогает восстановить нарушенные связи спорящих сторон; умения, навыки, направленные на восстановление доверия; материального, морального ущерба [4]; уважения, доверие педагогам, способность понимания, что является особенно ценным в школьной среде как превенция демонстрации конфликтов, насилия, агрессии.

Коновалов А.Ю., Мурашева С.В., Садовникова М.В. утверждают, владение умением, мастерством медиации в качестве дополнения к основной профессии – полезно, необходимо педагогам общеобразовательных учреждений [11, 12, 14, 16].

Классный руководитель – тот самый педагог с доверительным статусом, который в пределах своей компетенции понимает чувства, мысли подростков, индивидуализирует воспитание всякого обучающегося, способен понять, осмыслить собственные действия и позиции в различных случаях.

По причинам отсутствия в школе ставки социального педагога или огромной нагрузки психолога на организатора учебного процесса возлагается функция разрешения разногласий, предупреждения конфликтов в классе. Его задача – выслушать стороны, содействовать противоположным сторонам самолично определить приемлемое урегулирование разногласий, устраивающее всех.

Конструктивно выяснять взаимопонимание позволяют медиативные технологии. Медиатив-

ные технологии – практическое решение разногласий и предупреждения раздоров, обладают воспитательными характеристиками, используются классным наставником ради урегулирования, снижения конфликтности, выстраивания взаимосвязей: ученик – ученик, ученик – учитель [8, 10, 16].

Инновационный характер использования закреплённым учителем восстановительной медиации, кругов, семейных конференций, восстановительных бесед положительно отражается на ученической группе, педагогических сотрудниках школы.

Восстановительная беседа – базовый инструмент учителя в ситуации эскалации конфликта или правонарушения. В коммуникации с классным руководителем несовершеннолетний берет ответственность за личные действия, вырабатывает персональный план выхода из затруднительного положения.

В *восстановительной медиации* (программы примирения, заглаживания вреда) педагог ведет переговоры с двумя противоборствующими сторонами, создает условия взаимопонимания, до-

стижения договоренности участников спора об оптимальной вариации эффективного решения предмета обсуждения.

Круг сообщества – проект, нацеленный устранить затруднительное положение внутри класса (профилактика деструктивных явлений: насилие, воровство, буллинг, вовлечение несовершеннолетних в деструктивные субкультуры). Круг сообщества помогает воспитателю восстановить у подростков нарушенные контакты, доверие, уважение.

На *семейной конференции* педагог собирает вместе членов семьи обучающегося, заинтересованных в решении сложного положения (неуспеваемость, опоздания, пропуски уроков). Участники конференции обсуждают ситуацию, выражают мнение, предлагают пути выхода из кризисного положения.

Коммуникативные техники применяются классным руководителем во исполнение эффективного общения спорящих сторон в целях понимания подростков и конструктивного выхода из раздора (табл. 1).

Таблица 1

Коммуникативные техники

	Виды техники	Применение
1.	Пассивное слушание	Дать собеседнику «выпустить пар»: «Угу, понятно...»
2.	Воспроизведение оборота	– «Он терпеть меня не может». – «Ты думаешь, что он тебя не может терпеть».
3.	Открытые вопросы (фраза + <i>Кто? Что? Когда?</i>)	«Мне интересно узнать ...»
4.	Уточнение (фраза + вопрос <i>Кто? Как? С кем?</i>)	Помогает извлечь больше сведений: «Правильно ли я тебя понял(а), что...»
5.	Распаковка	Выяснить, что подразумевает рассказчик: «Поясни, пожалуйста, что ты имеешь в виду, когда сказал...»
6.	Выдерживание пауз	Дать оппоненту подумать.
7.	Перефразирование (фраза + краткий рассказ сообщения рассказчика)	Передать общий смысл идеи: «Если я тебя правильно понял(а), то...»
8.	Отображение переживаний рассказчика (фраза + <i>чувства, эмоции</i>)	Известить об осмыслении речи собеседника: «Я вижу...»
9.	Переформулирование мифа в вопрос	Заставить собеседника усомниться мыслях: – «Он терпеть меня не может». – «Ты точно знаешь, что он терпеть тебя не может или ты так думаешь?».
10.	Обобщение	«Подведем итог сказанному...»

Психологи, педагоги, юристы в трудах доказали, для педагога конфликт служит средством управления подростковой средой. Формированию классного коллектива, возраста-

нию обязанностей обучающихся в атмосфере добра и взаимопонимания способствуют медиативные технологии, применяемые классным руководителем.

Литература

1. Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации): Федеральный закон Российской Федерации : принят Государственной Думой 27 июля 2010 года: № 193-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103038/
2. Концепция развития до 2017 года сети служб медиации в целях реализации восстановительного правосудия в отношении детей, в том числе совершивших общественно опасные деяния, но не достигших возраста, с которого наступает уголовная ответственность в Российской Федерации: утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации 30 июля 2014 года: N 1430-р. URL: <https://rg.ru/2014/08/04/mediaciya-site-dok.html>
3. Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года: утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации 29 мая 2015 года: N 996-р. URL: <https://rg.ru/2015/06/08/vospitanie-dok.html>
4. Болелова А.Г. Современные методы и технологии профилактики правонарушений несовершеннолетних: Электронный справочник специалиста системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних / редактор Е.Г. Артамонова // Общество. Культура. Наука. Образование, 2015. Вып. 4. URL: http://cipv.ru/static.php?mode=page_594
5. Ганеева А.А. Конфликтные ситуации подростков, зависящие от личностных особенностей // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2013. Т. 15. № 2 (4). С. 961 – 963.
6. Герасимова А.В. Медиация как инструмент разрешения конфликтов в образовательной среде // Актуальный опыт работы служб школьной медиации в ОО Курганской области: сборник материалов региональной научно-практической конференции (28 марта 2019 года) // Государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт развития образования и социальных технологий». Курган: [б.и.], 2019. С. 20 – 24.
7. Гнеушева Т.Б. Конфликты в общеобразовательных учреждениях и их разрешение с использованием медиативных технологий // Актуальные проблемы современной юридической науки и практики. Улан-Удэ: Изд-во Бурятского гос. ун-та. 2018. С. 194 – 199.
8. Гнеушева Т.Б. Медиативные технологии в решении школьных конфликтов: правовой аспект / Дружественные к ребенку правосудие и восстановительные технологии: материалы V Международной научно-практической конференции. Иркутск-Улан-Удэ : Изд-во Бурятского гос. ун-та. 2016. С. 269 – 271.
9. Емельянова Е.В. Психологические проблемы современных подростков и их решение в тренинге. Москва: Генезис, 2020. 376 с.
10. Казарова Д.С., Калинина Е.В., Свечникова В.В. Медиативные технологии как способ урегулирования конфликтов среди несовершеннолетних: социально-философские, психолого-педагогические и правовые аспекты: монография. Липецк: Липецкий ГПУ, 2017. 133 с.
11. Коновалов А. Восстановительный подход в работе классного руководителя и педагога для повышения его эффективности и самоорганизации класса. URL : <http://www.8-926-145-87-01.ru>
12. Коновалов А.Ю. Круги поддержки сообщества как технологии урегулирования школьных конфликтов // Народное образование. 2013. № 9. С. 233 – 239.
13. Максудов Р.Р. Проведение программ восстановительного правосудия для несовершеннолетних: методическое пособие. Москва: Информ-полиграф, 2009. 92 с. (Методы работы с несовершеннолетними правонарушителями).
14. Мурашѐва С.В. Восстановительный подход к предупреждению и разрешению конфликтов у несовершеннолетних // Концепт: Научно-методический электронный журнал. 2013. Т. 4. С. 246 – 250. URL: <http://e-koncept.ru/2013/64051.htm>
15. Прихожан А.И. Проблемы подросткового кризиса // Психологическая наука и образование. 2007. № 1. С. 82 – 87.
16. Садовникова М.В. Медиация и медиативные технологии в работе с детьми // ГлаголЪ правосудия. 2014. № 1 (7). С. 95 – 97.

References

1. Ob al'ternativnoj procedure uregulirovaniya sporov s uchastiem posrednika (procedure mediacii): Federal'nyj zakon Rossijskoj Federacii : prinyat Gosudarstvennoj Dumoj 27 iyulya 2010 goda: № 193-FZ. URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103038/
2. Konceptiya razvitiya do 2017 goda seti sluzhb mediacii v celyah realizacii vosstanovitel'nogo pravosudiya v otnoshenii detej, v tom chisle sovershivshih obshchestvenno opasnye deyaniya, no ne dostigshih vozrasta, s kotorigo nastupaet ugolovnaya otvetstvennost' v Rossijskoj Federacii : utver-zhdena rasporyazheniem Pravitel'stva Rossijskoj Federacii 30 iyulya 2014 goda: N 1430-r. URL: <https://rg.ru/2014/08/04/mediaciya-site-dok.html>
3. Strategiya razvitiya vospitaniya v Rossijskoj Federacii na period do 2025 goda: utverzhdena rasporyazheniem Pravitel'stva Rossijskoj Federacii 29 maya 2015 goda: N 996-r. URL: <https://rg.ru/2015/06/08/vospitanie-dok.html>
4. Bolelova A.G. Sovremennye metody i tekhnologii profilaktiki pravonarushenij nesovershen-noletnih: Elektronnyj spravochnik specialista sistemy profilaktiki beznadzornosti i pravona-rushenij nesovershennoletnih. redaktor E.G. Artamonova. Obshchestvo. Kul'tura. Nauka. Obrazova-nie, 2015. Vyp. 4. URL: http://cipv.ru/static.php?mode=page_594
5. Ganeeva A.A. Konfliktnye situacii podrostkov, zavisyashchie ot lichnostnyh osobennostej. Izvestiya Samar-skogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk. 2013. T. 15. № 2 (4). S. 961 – 963.
6. Gerasimova A.V. Mediaciya kak instrument razresheniya konfliktov v obrazovatel'noj srede. Aktual'nyj opyt raboty sluzhb shkol'noj mediacii v OO Kurganskoj oblasti: sbornik materialov regional'noj nauchno-prakticheskoy konferencii (28 marta 2019 goda). Gosudarstvennoe avtonomnoe obrazovatel'noe uchrezhdenie dopolnitel'nogo professional'nogo obrazovaniya «Institut razvitiya obrazovaniya i social'nyh tekhnologij». Kurgan: [b.i.], 2019. S. 20 – 24.
7. Gneusheva T.B. Konflikty v obshcheobrazovatel'nyh uchrezhdeniyah i ih razreshenie s ispol'zovaniem me-diativnyh tekhnologij. Aktual'nye problemy sovremennoj juridicheskoy nauki i praktiki. Ulan-Ude: Izd-vo Bur-yatskogo gos. un-ta. 2018. S. 194 – 199.
8. Gneusheva T.B. Mediativnye tekhnologii v reshenii shkol'nyh konfliktov: pravovoj aspekt. Druzhestvennye k rebenku pravosudie i vosstanovitel'nye tekhnologii: materialy V Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. Irkutsk-Ulan-Ude : Izd-vo Buryatskogo gos. un-ta. 2016. S. 269 – 271.
9. Emel'yanova E.V. Psihologicheskie problemy sovremennyh podrostkov i ih reshenie v treninge. Moskva: Ge-nezis, 2020. 376 c.
10. Kazarova D.S., Kalinina E.V., Svechnikova V.V. Mediativnye tekhnologii kak sposob uregulirovaniya konfliktov sredi nesovershennoletnih: social'no-filosofskie, psihologo-pedagogicheskie i pravovye aspekty: monografiya. Lipeck: Lipeckij GPU, 2017. 133 s.
11. Konovalov A. Vosstanovitel'nyj podhod v rabote klassnogo rukovoditelya i pedagoga dlya povysheniya ego effektivnosti i samoorganizacii klassa. URL : <http://www.8-926-145-87-01.ru>
12. Konovalov A.YU. Krugi podderzhki soobshchestva kak tekhnologii uregulirovaniya shkol'nyh konfliktov. Narodnoe obrazovanie. 2013. № 9. S. 233 – 239.
13. Maksudov R.R. Provedenie programm vosstanovitel'nogo pravosudiya dlya nesovershennoletnih: metodicheskoe posobie. Moskva: Inform-poligraf, 2009. 92 s. (Metody raboty s nesovershennoletnimi pravonarushitelyami).
14. Murashyova S.V. Vosstanovitel'nyj podhod k preduprezhdeniyu i razresheniyu konfliktov u nesovershennoletnih. Koncept: Nauchno-metodicheskij elektronnyj zhurnal. 2013. T. 4. S. 246 – 250. URL: <http://e-koncept.ru/2013/64051.htm>
15. Prihozhan A.I. Problemy podrostkovogo krizisa. Psihologicheskaya nauka i obrazovanie. 2007. № 1. S. 82 – 87.
16. Sadovnikova M.V. Mediaciya i mediativnye tekhnologii v rabote s det'mi. Glagol" pravosudiya. 2014. № 1 (7). S. 95 – 97.

***Ketova L.V., Teacher,
School No. 196, Seversk, Tomsk region***

MEDIATION TECHNOLOGIES AS A TOOL FOR RESOLVING CONFLICTS IN THE ACTIVITIES OF THE CLASS TEACHER

Abstract: the article is devoted to the resolution of conflict situations by the class teacher with the participation of teenagers using mediation technologies. The concept of mediation, conflicts, and the restorative approach to conflict resolution are revealed. It is intended for class teachers, teachers, and anyone interested in the use of modern conflict resolution technologies by means of mediation. Conflict behavior and conflicts can be considered as a negative phenomenon that has a destructive impact on both minors and the environment. Adolescence is a critical period of personality formation. The development of the teenager's personality is determined by overcoming the contradictions of physical and social development. These contradictions are manifested by internal and external conflicts.

Keywords: conflict, conflict behavior, conflict situations, mediation, mediation technologies, restorative mediation, restorative approach, community circle, family conference, teenager, class teacher, communication techniques

*Портная Я.А.,
Иркутский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Салахова В.Б., кандидат психологических наук, доцент,
Ульяновский государственный университет,
Рерке В.И., кандидат психологических наук, доцент,
Иркутский государственный университет*

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Аннотация: в статье представлены результаты изучения проявлений депрессии у подростков с гипоталамическим синдромом. Цель исследования – изучить особенности проявления депрессии у подростков с гипоталамическим синдромом. Методы и методики исследования: шкала депрессии В. Зунга, методика Дембо-Рубинштейн (модификация Прихожан): подростковый вариант, «Акцент 2-90» – тест, адаптированный по «Методике изучения акцентуаций личности К. Леонарда». На констатирующем этапе исследования выявлена депрессия у подростков экспериментальной группы (n=16) и обозначены её проявления. Установлено, что для подростков с гипоталамическим синдромом характерны проявления легкой и умеренно выраженной депрессии, в сравнении со здоровыми подростками (n=16). Подросткам экспериментальной группы характерно снижение настроения, ощущение неблагополучия, внутренней напряженности, неудовлетворенность собой. У этих подростков, наряду с адекватной, отмечается заниженная самооценка своих возможностей или, наоборот, завышенная, преобладает нереалистичный уровень притязаний, что объясняется неуверенностью в себе и личностной незрелостью, а также неумением сравнивать себя с другими и неумением правильно оценивать результаты своей деятельности. Полученные результаты найдут своё отражение в специально разработанной и внедренной комплексной программе психокоррекционных занятий, направленных на снижение проявлений депрессии у подростков с гипоталамическим синдромом. Данная статья будет интересна лечащим врачам, специалистам в различных отраслях педагогической и клинической психологии.

Ключевые слова: депрессия, подростки с гипоталамическим синдромом, самооценка, притязания, акцентуации характера

В настоящее время каждый человек живет в мире сложном по своему содержанию, насыщенности, интенсивности и тенденциям развития. Эти условия не редко обуславливают психологический дискомфорт и эмоциональное неблагополучие личности, проявляющиеся в депрессивном состоянии. Известно, что депрессию называют болезнью цивилизации. Например, А.Г. Асмолов депрессию сравнивает с «расплатой человека за его неспособность справиться с тем, что создает для него прогресс, в результате окружающее для него уже не благо, а давление, пресс, условия для заболевания» [1].

Особую настороженность вызывают проявления депрессии и депрессивных состояний на этапе подросткового возраста, для которого характерны: глубокие, сложные и противоречивые кризисные процессы. Как следствие, подростковый кризис в совокупности с неблагоприятными социальными, медико-биологическими и психологическими факторами, что нередко обуславливается психологическим неблагополучием личности. Необходимо отметить, что наиболее актуальной является проблема депрессивного состояния у подростков с соматическими заболеваниями. В нашем исследо-

вании приняли участие подростки со сложным заболеваем- гипоталамический синдромом. Как показывают наблюдения специалистов [3, 4], депрессия для подростков с гипоталамическим синдромом является значительным барьером его успешной адаптации в обществе. На фоне заболевания снижается школьная успеваемость, возникают трудности во взаимоотношениях со сверстниками, родителями и педагогами, все это негативно влияет на развитие личности самого ребенка.

Сегодня клинические психологи уделяют повышенное внимание исследованию детей и подростков с соматическими заболеваниями [2]. Данная группа заболеваний сказывается на психофизическом развитии и вносит дополнительные стрессы в жизнь несовершеннолетних, что, в свою очередь, затрудняет адаптацию личности в социуме.

К одной из таких патологий можно отнести гипоталамический синдром пубертатного периода. Анализ специальной медицинской литературы показал, что гипоталамический синдром – это сложный симптомокомплекс, который возникает при поражении гипоталамической области и характе-

ризуется вегетативными, эндокринными, обменными и трофическими расстройствами [3].

Обратимся к анализу проблемы гипоталамического синдрома в подростковом возрасте. Гипоталамический синдром в период полового созревания или гипоталамический синдром пубертатного периода – это сложная эндокринная патология подросткового возраста, характеризующаяся функциональными нарушениями в гипоталамо-надпочечниково-яичниковой системе. Известно, что при поражении гипоталамуса, его регулирующая функция нарушается. Одним из проявлений этого синдрома является избыточная масса тела [3].

Цель исследования – изучить особенности проявления депрессии у подростков с гипоталамическим синдромом.

Методы и методики исследования: самооценочная шкала депрессии В. Зунга; методика Дембо-

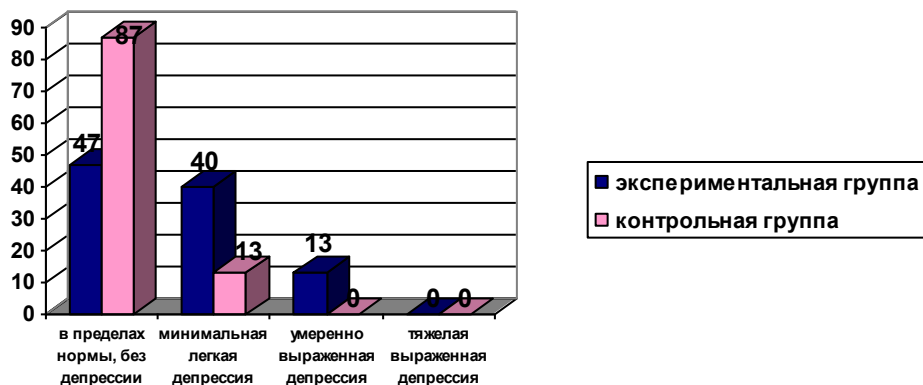


Рис. 1. Распределение показателей уровня депрессии у подростков экспериментальной и контрольной групп (по методике В. Зунга)

Как видно из рис. 1, минимальная легкая депрессия диагностирована нами у 40% экспериментальной группы и у 13% контрольной группы. Для таких испытуемых характерно незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения. Умеренно выраженная депрессия была выявлена только у 13% подростков экспериментальной группы, для них характерно значительно сниженное настроение. В контрольной группе умеренно выраженная депрессия не диагностирована.

Тяжелой выраженной депрессии среди респондентов обеих групп выявлено не было.

У 47% испытуемых экспериментальной группы и у 87% подростков здоровья нормы диагностировано состояние без депрессии.

Таким образом, на основании проведенной методики, мы выявили, что для подростков с гипоталамическим синдромом характерно проявление легкой и умеренно выраженной депрессии.

Далее представлены результаты исследования самооценки личности у испытуемых по методике Дембо-Рубинштейн и их интерпретация.

Рубинштейн, в модификации А.М. Прихожан (подростковый вариант), направленная на изучение самооценки личности; акцентуаций характера изучались при помощи психодиагностической методики «Акцент 2-90». База исследования – городская детская клиническая больница, педиатрическое отделение, в котором находятся на лечении подростки с гипоталамическим синдромом пубертатного периода. В общий объем выборки вошли 32 подростка, средний возраст 12,7 лет. Экспериментальную группу составили 16 подростков с гипоталамическим синдромом пубертатного периода (ГСПП) и 16 подростков нормы здоровья.

Уровень депрессии у подростков экспериментальной группы изучался при помощи психодиагностической методике В. Зунга (рис. 1).

Так, у подростков экспериментальной группы выявлены низкие показатели самооценки по таким параметрам как: ум 5%, состояние здоровья 13%, принятие характера 16% и внешности 23%, авторитет у сверстников 16%, уверенность в себе 27%.

Завышенная оценка у подростков с гипоталамическим синдромом была отмечена по следующим шкалам: состояние здоровья 23%, принятие своего характера 16% и внешности 13%, способности 13%, авторитет у сверстников 16%, уверенность в себе 40%. Лишь у 6% испытуемых экспериментальной группы с умеренно выраженной депрессией прослеживалась высокая самооценка по всем вышеперечисленным параметрам.

Адекватная самооценка у респондентов экспериментальной группы представлена по шкалам: состояние здоровье 36%, принятие своего характера 50% и ума 5%, способностей 56%, авторитет у сверстников 50%, внешность 30% и уверенность в себе 30%.

У подростков контрольной группы уровень самооценки представлен следующими данными: заниженная самооценка по шкалам: здоровье 6%,

внешность 8% и недостаточная уверенность в себе у 8% испытуемых. При этом завышенные показатели самооценки личности наблюдаются по шкалам: здоровье 32%, принятие своего характера 31%, ум 18%, способностей 51%, внешности 46%, проявления авторитета у сверстников 32% и, в целом, уверенности в себе 50%. Адекватная самооценка установлена по параметрам здоровья, принятие своего характера, ума, способностей, внешности. Ниже представлено сопоставление результатов по обеим группам (рис. 2).

По результатам проведенной методики, видно, что в большинстве случаев для подростков экспериментальной группы характерна адекватная самооценка, то же самое можно сказать и про испытуемых из контрольной группы. Многие респонденты из экспериментальной и контрольной групп высоко оценивают свои способности, ум, характер, считают себя очень красивыми и уверенными в себе, пользуются большим авторитетом у сверстников.

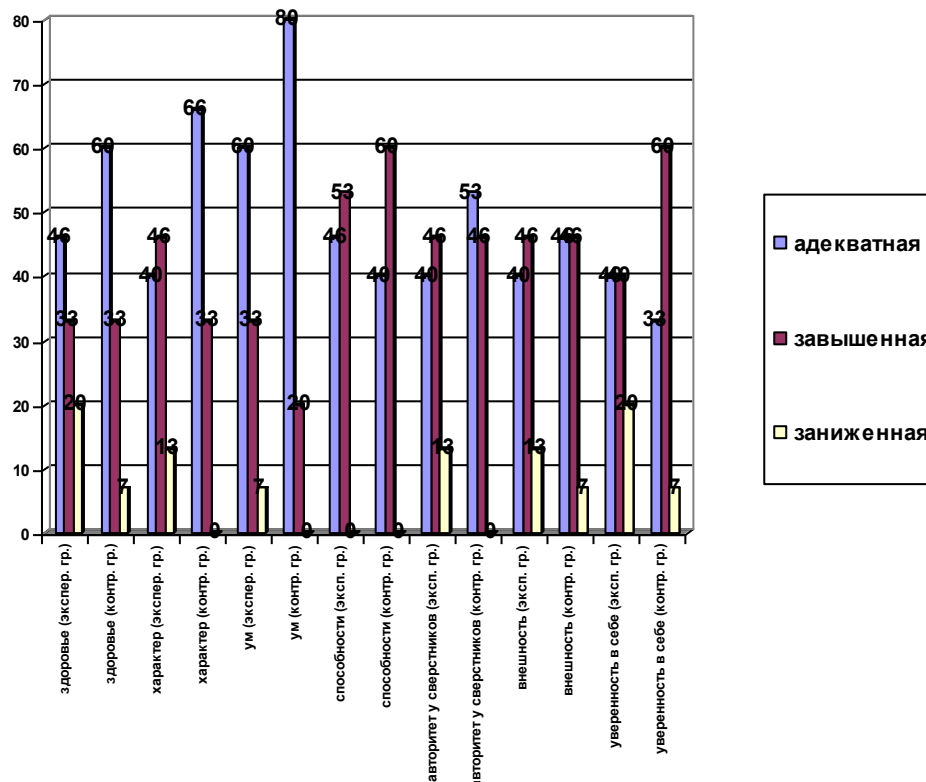


Рис. 2. Распределение показателей уровня самооценки у подростков экспериментальной и контрольной групп (по методике Дембо-Рубинштейн)

Также необходимо отметить и то, что среди подростков с гипоталамическим синдромом есть такие ребята, которые недооценивают себя, то есть считают себя некрасивыми, неумными, неуверенными в себе, они не пользуются авторитетом у сверстников и отмечают у себя слабое состояние здоровья и скверный характер. Низкая самооценка говорит о подлинной неуверенности в себе. В целом, в контрольной группе лишь у 20% респондентов выявлена низкая самооценка по шкале здоровья, внешность, уверенность в себе.

Переходим к анализу следующей методики «Акцент 2-90». С помощью этой методики подтверждены признаки, характерные для депрессии у подростков.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что у подростков выборки норма выражены такие типы акцентуаций характера как: гипертим-

ность, застревание, эмотивность, тревожность, циклотимность, педантичность, демонстративность, экзальтированность. При этом у подростков с гипоталамическим синдромом выявлены следующие типы акцентуаций: гипертимность у 20% испытуемых, застревание 20%, 40% выборки данной группы демонстрируют эмотивность, педантичность установлена у 13%, тревожность как тип акцентуации характера наблюдается у 33%, 26% подростков можно отнести к типу циклотимному, демонстративность свойственна 13% подростков, экзальтированность – 26% и интроверсия проявляется у 20% выборки экспериментальной группы. Подросткам с легкой депрессией свойственны акцентуации: застревание 7%, эмотивность 20%, педантичность 7%, тревожность 26%, циклотимность 13%, демонстративность и экзальтированность по 7%, интроверсия – 13% испытуемым.

Респондентам экспериментальной группы с умеренно выраженной депрессией характерны такие акцентуации как застревание, педантичность и тревожность по 7%, эмотивность проявляется у 13% респондентов.

У подростков контрольной группы выявлены следующие акцентуации: гипертимность 53% испытуемых, застревание 7%, эмотивность 20%, педантичность 7%, тревожность и циклотимность, демонстративность 13% по каждому типу), экзальтированность 33% и экстраверсия наблюдается у 60% подростков.

Таким образом констатируем, что 20% испытуемых экспериментальной группы и 53% подростков контрольной группы свойственна акцентуация характера гипертимность. Данные респонденты отличаются активностью, энергичностью, оптимизмом, обладают высоким жизненным тонусом, стремятся к разнообразной деятельности, не терпят ограничения своей свободы, хорошо ориентируются в необычных ситуациях, умеют приспосабливаться к трудностям, неудачи переживают бурно, но быстро возвращаются в нормальное состояние, склонны к риску, не боятся опасностей, не всегда внимательно относятся к существующим проблемам.

Для 20% подростков экспериментальной группы и для 7% подростков контрольной группы характерны целеустремленность, чувствительность по отношению к несправедливости, они стараются придерживаться проверенных, устойчивых способов деятельности, сосредоточены на выполнении определенного вида работы, обладают постоянными интересами, часто испытывают неудовлетворенность оценкой своей деятельности со стороны окружающих, склонны к соперничеству, отстаивают свою точку зрения, критичны по отношению к окружающим, развита способность к анализу действий других людей.

40% респондентов экспериментальной группы и 20% подростков контрольной группы проявляют акцентуацию характера по эмотивному типу. Данные подростки склонны к очень сильным эмоциональным переживаниям, часто находятся под воздействием глубокого впечатления от пережитого. У них отмечается изменчивость настроения, его зависимость от самых незначительных событий, работоспособность и общительность также подвержены существенным колебаниям, хорошо развитая интуиция позволяет определять отношение к себе окружающих.

Педантичность как тип акцентуации выражен у 13% подростков экспериментальной группы и 7% подростков контрольной группы. Эти ребята отличаются стремлением к определенному порядку, очень ответственные, иногда очень слишком, во

вред собственным интересам относятся к порученному делу. Придают большое значение тому, как рабочий процесс выглядит внешне, очень внимательны даже к мелочам и того же требуют от других, очень избирательны в общении. Для них характерна повышенная аккуратность, ровное настроение, выдержанность.

Тип акцентуации «тревожность» выражен у 33% испытуемых экспериментальной группы и 13% контрольной группы. Такие испытуемые чаще, чем другие испытывают ощущение неблагополучия, внутренней напряженности, чрезмерно чувствительны к неприятностям, не удовлетворены собой, сомневаются в правильности своих поступков, глубоко переживают негативные оценки со стороны окружающих. Не стремятся к установлению широкого контакта с различными людьми, предпочитают общение со старыми надежными знакомыми.

Значительные колебания настроения, длительное преобладание повышенного или, наоборот, пониженного фона свойственно 26% подросткам экспериментальной группы и 13% испытуемым контрольной группы. Данные подростки не всегда могут отличить незначительную неприятность от большой, они тяжело переживают неудачи, при этом в период подъема жизненного тонуса способны очень быстро мыслить, становятся подвижными и инициативными.

Далее опишем акцентуацию характера по демонстративному типу. Этот тип акцентуации выражен у 13% подростков экспериментальной группы и у 13% контрольной группы. Такие испытуемые стремятся к признанию, поддержке со стороны окружающих, им свойственно часто оказываться в центре внимания, они довольно оригинальны в поступках и высказываниях. У них хорошо развита фантазия, обладают богатым воображением, которое характеризуется яркими и образными переживаниями, склонны приукрашивать действительность, додумывая ход тех или иных событий, при этом сами искренне верят в свои фантазии.

У 26% подростков экспериментальной группы и 33% подростков контрольной группы выражена акцентуация характера по экзальтированному типу. Такие испытуемые обладают энтузиазмом, сильное влияние оказывает на них первое впечатление от воспринятого, эти подростки эмоционально подвижны, в следствии этого часто разочаровываются в первоначальном впечатлении.

20% испытуемых экспериментальной группы относятся к интровертам, они черпают энергию из своего внутреннего мира идей, эмоций и впечатлений, предпочитают одиночество. Экстраверсия в этой группе была диагностирована у 13% испыту-

емых, в то время как в контрольной группе экстравертов оказалось 60%. Экстраверты общительны, открыты, предпочитают групповой стиль деятельности.

На основании проведенной методики установлено, что для большинства подростков экспериментальной группы характерна целеустремленность, чувствительность к несправедливости. Они стараются придерживаться проверенных, устойчивых способов деятельности, обладают постоянными интересами, часто испытывают неудовлетворенность оценкой своей деятельности со стороны окружающих. Также эти ребята склонны к очень сильным эмоциональным переживаниям, у них отмечается изменчивость настроения, его зависимость от самых незначительных событий. Некоторые подростки отличаются стремлением к определенному порядку, очень ответственны. Подчеркнем, что респонденты экспериментальной группы испытывают ощущение неблагополучия, внутренней напряженности, неудовлетворенности собой, тяжело переживают неудачи. Эти ребята стремятся к поддержке со стороны окружающих. Многие из них интроверты, предпочитают одиночество.

Испытуемые контрольной группы отличаются активностью, энергичностью, оптимизмом, обладают высоким жизненным тонусом, умеют приспособляться к трудностям, не терпят ограничения своей свободы, по натуре – энтузиасты. Некоторые из них склонны к сильным эмоциональным переживаниям, часто находятся под воздействием глубокого впечатления от пережитого. Большинство испытуемых контрольной группы – экстраверты, предпочитают групповой стиль общения.

В качестве дополнительных методов получения информации по заявленной проблеме, использовали беседу и метод наблюдения. С помощью беседы получены сведения о подростках в результате их ответов на целенаправленные вопросы. Беседа с подростками экспериментальной группы, выяснилось, что большинство из них подвергаются нападкам со стороны одноклассников, а также других детей 72%. Этим ребятам присваивают обидные клички, такие как «толстый», «жирная», «бегемот», что отражается на их самооценке и поведении. Также было отмечено то, что семьи этих подростков благополучные, только у двух девочек семьи неполные- материнские.

В педиатрическом отделении городской детской клинической больницы находятся дети разных возрастов. Наблюдая за ребятами, мы отметили, что подростки с гипоталамическим синдромом выделяются из всей массы детей, они выглядят

старше своих лет. Многих девочек можно принять за мам, которые находятся на лечении со своими детьми. Наблюдение также проводилось при посещении детьми процедурного кабинета, врачебных осмотров, при общении с другими ребятами, при проведении психодиагностической процедуры. В результате было отмечено, что многие подростки с гипоталамическим синдромом спокойные, выдержанные, стеснительные, в отличие от остальных детей. В свободное время большинство из них смотрели телевизор в холле, сидели на скамейках в коридоре, либо просто находились в палатах, в то время как другие дети бегали, рисовали, громко кричали и играли.

Таким образом, на констатирующем этапе исследования нами выявлены разные уровни депрессии у подростков экспериментальной группы и обозначены её проявления. Установлено, что для подростков с гипоталамическим синдромом (экспериментальная группа) в большей степени характерны проявления депрессии, в сравнении со здоровыми подростками (контрольная группа). Это подтверждено следующими данными: легкая депрессия в экспериментальной группе выявлена у 40% испытуемых, а в контрольной группе у 13% испытуемых. Умеренно выраженная депрессия установлена у 13% респондентов экспериментальной группы. Для таких подростков характерно снижение настроения. Они испытывают ощущение неблагополучия, внутренней напряженности, неудовлетворенность собой. Эти ребята склонны к очень сильным эмоциональным переживаниям, чувствительны к неприятным событиям. Они глубоко переживают негативные оценки со стороны окружающих. Застенчивы и медлительны. Не стремятся к установлению широкого контакта с различными людьми, предпочитают общение со старыми надежными знакомыми. У этих подростков, наряду с адекватной, отмечается заниженная самооценка своих возможностей или, наоборот, завышенная, по многим параметрам, преобладает нереалистичный уровень притязаний, что объясняется неуверенностью в себе и личностной незрелостью, а также неумением сравнивать себя с другими и неумением правильно оценивать результаты своей деятельности. Полученные результаты найдут своё отражение в специально разработанной и внедренной комплексной программе психокоррекционных занятий, направленных на снижение уровня депрессии у подростков с гипоталамическим синдромом посредством формирования жизнестойкости [4, 5, 6].

Литература

1. Асмолов А.Г. Психология современности: вызовы неопределенности, сложности и разнообразия // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2015. Т. 8. № 40. С. 11.
2. Галанин И.В. и др. Атипичное течение расстройств, связанных с поражением гипоталамической области головного мозга // Трудный пациент. 2012. Т. 10. № 10. С. 36 – 39.
3. Крук Л.П., Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Функциональное состояние щитовидной железы при гипоталамическом синдроме пубертатного периода // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2018. Т. 13. № 1. С. 297 – 303.
3. Попова В.А. и др. Особенности нейроэндокринного статуса у детей с ожирением // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Естественные науки. 2006. № S25. С. 110 – 113.
4. Рерке В.И., Салахова В.Б., Демаков В.И. Когнитивный социальный капитал личности: парадигмальный подход // Образование личности. 2021. № 1 (55). С. 90 – 99.
5. Рерке В.И., Салахова В.Б., Игнатов С.Б. Формирование и развитие жизнестойкости у педагогов высших учебно-профессиональных заведений посредством интерактивных форм взаимодействия // Образование личности. 2020. № 1-2. С. 107 – 118.
6. Rerke V.I., Belyakova N.V., Mottaeva A.B., Shipovskaya L.P., Ignatyeva A.V., Blinov L.V., Kalina I.G. Hardiness in the structure of personal resources conducive to overcoming professional burnout among workers during a pandemic// GÊNERO E INTERDISCIPLINARIDADE. 2021. Vol. 2. № 01. P. 348 – 364.

References

1. Asmolov A.G. Psihologiya sovremennosti: vyzovy neopredelennosti, slozhnosti i raznoobraziya. Psihologicheskie issledovaniya: elektronnyj nauchnyj zhurnal. 2015. T. 8. № 40. S. 11.
2. Galanin I.V. i dr. Atipichnoe techenie rasstrojstv, svyazannyh s porazheniem gipotalamicheskoj oblasti golovnogo mozga. Trudnyj pacient. 2012. T. 10. № 10. S. 36 – 39.
3. Kruk L.P., Stroeв YU.I., CHurilov L.P. Funkcional'noe sostoyanie shchitovidnoj zhelezy pri gipotalamicheskom sindrome pubertatnogo perioda. Zdorov'e – osnova chelovecheskogo potenciala: problemy i puti ih resheniya. 2018. T. 13. № 1. S. 297 – 303.
3. Popova V.A. i dr. Osobennosti nejroendokrinnogo statusa u detej s ozhireniem. Izvestiya vysshih uchebnyh zavedenij. Severo-Kavkazskij region. Estestvennyye nauki. 2006. № S25. S. 110 – 113.
4. Rerke V.I., Salahova V.B., Demakov V.I. Kognitivnyj social'nyj kapital lichnosti: paradigmal'nyj podhod. Obrazovanie lichnosti. 2021. № 1 (55). S. 90 – 99.
5. Rerke V.I., Salahova V.B., Ignatov S.B. Formirovanie i razvitie zhiznestejtkosti u pedagogov vysshih uchebno-professional'nyh zavedenij posredstvom interaktivnyh form vzaimodejstviya. Obrazovanie lichnosti. 2020. № 1-2. S. 107 – 118.
6. Rerke V.I., Belyakova N.V., Mottaeva A.B., Shipovskaya L.P., Ignatyeva A.V., Blinov L.V., Kalina I.G. Hardiness in the structure of personal resources conducive to overcoming professional burnout among workers during a pandemic. GÊNERO E INTERDISCIPLINARIDADE. 2021. Vol. 2. № 01. P. 348 – 364.

*Portnaya Ya.A.,
Irkutsk State Medical University
Ministry of Health of the Russian Federation,
Salakhova V.B., Candidate of Psychological Science (Ph.D.), Associate Professor,
Ulyanovsk State University,
Rerke V.I., Candidate of Psychological Science (Ph.D.), Associate Professor,
Irkutsk State University*

INVESTIGATION OF DEPRESSION MANIFESTATIONS BY ADOLESCENTS WITH HYPOTHALAMIC SYNDROME

Abstract: the article presents the results of the investigation of depression manifestation in teenagers with hypothalamic syndrome. The aim of the study is to study the characteristics of depression in adolescents with hypothalamic syndrome. Methods and techniques of research: The Zung Self-Rating Depression Scale, Dembo-Rubinstein method (modification of parishioners): Adolescent variant, «Accent 2-90», which has been adapted from «Methodology for studying personality accentuations of K. Leonhard». At the declaratory stage of the study, depression and its manifestations are detected by adolescents of the experimental group (n=16). It was found that young people with hypothalamic syndrome exhibit mild and moderately severe depression as compared to healthy teenagers (n=16). The adolescents of the experimental group are characterized by a decrease in mood, a feeling of discomfort, internal tensions and dissatisfaction with themselves. These teenagers, in addition to having an adequate level of self-esteem or, conversely, an overestimation, an unrealistic level of ambition is prevalent, owing to their insecurities and personal immaturity, as well as the inability to compare oneself with others and the inability to properly evaluate one's performance.

These results will be reflected in a specially designed and implemented comprehensive program of psychocorrective activities aimed at reducing depression by adolescence with hypothalamic syndrome. This article will be interesting to physicians and specialists in various branches of pedagogical and clinical psychology.

Keywords: depression, adolescents with hypothalamic syndrome, self-esteem, claims, character accentuation

*Сулаева Ж.А., доктор филологических наук, профессор,
Дагестанский государственный технический университет*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА РУКОВОДИТЕЛЯ – КАК ОДИН ИЗ ГАРАНТОВ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Аннотация: при равных ситуациях руководители с разными психологическими особенностями, применяют различные методы руководства коллективом. Рассмотрены некоторые управленческие качества, влияющие на стиль управления, основанные на свойствах нервной системы каждого индивида. В понятие индивидуального управленческого стиля входят такие составляющие как адаптация, компенсация, коррекция, связанные с условиями профессиональной деятельности. Руководитель приобретает опыт управленческих решений и собственный стиль, развиваясь как субъект системы, формируя у себя новые компетенции, руководитель постепенно осваивает новые способы разделения труда, добиваясь повышения качества от каждого сотрудника. Руководитель формирует определенные навыки и применяет их с учетом возникающих задач, добиваясь необходимых результатов и обеспечивая трудовую дисциплину в организации, совершенствует навыки, перераспределяя функций сотрудников, исходя из их компетентности. С целью обеспечения здорового психологического климата в коллективе, руководитель мотивирует работников, морально и материально стремится к лидерству в коллективе не только формальному, но и фактическому.

Ключевые слова: руководитель, коллектив, организация, оценка труда, аттестация, профессиональная деятельность, стиль управления

В современной психодиагностике выделяют систему оценок стиля управления руководителем организации. В эту систему вошли психологические черты и качества личности руководителя, оценка выполнения управленческих функций и в целом в управленческой деятельности. В первой группе – психологические свойства человека, которые выражаются в определении деловых и личностных качеств. Ряд исследований определили качества управленца как профессионально важные: профессиональная компетентность, способность нестандартно мыслить, правильно планировать время, правильно воздействовать на подчиненных, интуиция, коммуникабельные качества, контроль эмоций, умение принимать нестандартные решения, высокие человеческие качества.

Е.С. Жариков разработал методику для оценки руководителей – хозяйственников. Она может использоваться, как для самооценки руководителями, так и для экспертной оценки определения определенных требований к хозяйственным руководителям. Жариков Е.С. в своем труде дал общее описание и порядок работы с методикой в труде «Самооценка хозяйственного руководителя». В дальнейшем Агеев В.С., Базаров Т.Ю., Скворцов В.В. составили тексты методик «Методика составления социально-психологической характеристики для аттестации кадров» и опубликовали их в 1986 году [2].

В 2000 году под общей редакцией А.А. Крылова вышла книга «Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии» в которой описаны варианты методик психологических характеристик личности руководителя. Данная ме-

тодика составлена для экспертов при аттестации руководящих кадров.

Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии включает описание психологических характеристик: требовательность, критичность, ответственность, тактичность и другие. Таким образом, на основе посчитанных баллов, которые выставляются экспертами при определении психологических характеристик личности руководителя определяется один из четырех уровней руководителя. Наиболее высокий – соответствует более 36 баллам, средний – от 28 до 35 баллов, 21-27 баллов определяется как низкий уровень, менее 21 балла определяется как практическая непригодность.

В.Е. Мелько разработал номинальную шкалу личностных качеств и базовый тезаурус наименований, которые оценивают положительные качества личности. Всего в тезаурус 607 наименований, на их основе создана шкала из 78 категорий, которые могут быть использованы для различных психодиагностических методик, в частности для оценки личностных качеств испытуемых при оценке руководителей и специалистов. Шкала состоит из четырех частей, в которой по блокам оцениваются для аттестаций способности, знания, умения, навыки, физические данные, деловые и личные качества.

Руководитель – главный гарант эффективного управления организацией. На современном этапе развития российского общества применение современных управленческих решений приобретает конкретное значение, влияющее на общий результат труда всего коллектива [1]. Психологические исследования показывают необходимость приме-

нения методов оценки труда руководителей при их аттестации, подборе на руководящую должность, при кадровых перестановках или формировании кадрового резерва. Широко известно о влиянии стиля руководства на эффективность трудового коллектива. Следует выделить несколько вопросов в данной проблеме: изучение личностных особенностей руководителя и стиля управления, основные функции деятельности руководителя и вопросы подготовки и переподготовки руководителей. Рассмотрим понятие «стиль» руководителя. Это определенная система влияния с целью управления и решения определенных задач организации. Руководителю следует учитывать материально-технические условия труда персонала, добиваться благоприятного психологического климата в коллективе [3]. В своей деятельности руководитель воздействует на организационные, социальные, технические, психологические процессы в коллективе. Руководитель приобретает опыт управленческих решений и собственный стиль, развиваясь как субъект системы, формируя у себя новые компетенции, постепенно осваивает новые способы разделения труда, добиваясь повышения качества от каждого сотрудника. Руководитель формирует определенные навыки полномочий и применяет их с учетом возникающих задач, добиваясь необходимых результатов и обеспечивая трудовую дисциплину в организации, совершенствует навыки перераспределяя функций сотрудников, исходя из их компетентности. Руководитель обеспечивает здоровую психологическую атмосферу в коллективе, мотивирует работников, стремится к лидерству в коллективе не только формальному, но и фактическому.

Отдельного внимания заслуживают индивидуальные особенности личности руководителя. Известно, что при равных ситуациях руководители с разными психологическими особенностями применяют разные методы руководства. Рассмотрим некоторые управленческие качества, влияющие на стиль управления, они основаны на свойствах нервной системы каждого индивида. В понятие индивидуального управленческого стиля входят такие составляющие как адаптация, компенсация, коррекция. Они связаны с условиями профессиональной деятельности. Важно в процессе адаптации и компенсации руководителю сохранить свое психическое здоровье. Для этого рекомендуется психическая тренировка, перестройка и коррекция уже имеющихся качеств. Руководитель выполняет определенные функции по отношению к исполнителям, другим руководителям и всей организации: анализ совместной трудовой деятельности и ее оценка, правильный выбор стратегии управления, программирование на перспективу определенных

планов и возможностей их осуществления, четкое распределение функциональных обязанностей всех работников, формирование мотивации и стимулирование деятельности сотрудников, осуществление контроля и оценки деятельности подчиненных, обеспечение ресурсами: информационными, бытовыми, научными, методическими, материально-техническими, финансовыми и другими, обеспечение профессионально важных качеств сотрудников организации, взаимодействие со всеми системами организации.

Проведенные нами экспериментальные работы выявили, как повышаются психологические качества руководителя, его конкурентоспособность, профессиональный рост в зависимости от уровня мотивации. Руководителям был предложен тест для измерения мотивации достижения. Данные были занесены в таблицу, которая отражала низкий, средний и высокий уровни мотивации. Результаты исследований показали, что руководители с высоким уровнем мотивации нацелены на достижения, успешны и уверены, ответственны, решительны, настойчивы, упорны в достижении цели. Средний уровень мотивации наблюдается у руководителей на начальной стадии карьерного роста. Низкий уровень мотивации характерен для руководителей, уже имеющих определенный опыт неудач в конкурентной борьбе. Результаты исследований показали, что уровень психического напряжения возрастает по мере профессионального роста. Таким образом, можно сделать выводы: чем выше мотивационная сфера личности, тем надежнее психологические качества руководителя.

В целом эффективность стиля управления может быть определена с точки зрения как психологических, так и экономических критериев. С экономической точки зрения рассматривается конкурентоспособность и производительность организации. Анализ психологических факторов, влияющих на эффективность организации, показывает, что социально-психологический климат в трудовом коллективе складывается из взаимоотношений сотрудников и стиля руководства коллективом. Между психологическими и экономическими критериями наблюдается взаимозависимость. Таким образом, стиль управляющего руководителя приводит оба этих критерия к взаимодействию.

Исследования показали, что наиболее эффективными являются стили руководства, в которых коллективы эмоционально благоприятно воспринимают руководителей, признают руководителей лидерами за определенные индивидуальные качества и способности решать сложные задачи организации.

Руководитель или управляющий, имеющий основное руководство коллективом должен стре-

миться считаться с нормами коллектива по отношению к нему. В этом проявляется определенная обратная связь руководителя – лидера коллектива. Руководитель использует административную

власть, а лидер свой авторитет, то есть лидер в основе влияния на коллектив использует социально-психологические методы.

Литература

1. Глушанко В.С., Алфёрова М.В., Щастный А.Т. Разработка и принятие управленческих решений в системе охраны здоровья населения: учеб.-метод. пособие. Витебск: Изд.-во ВГМУ, 2016. 116 с.
2. Моргунов Б.Е. Модели и методы управления персоналом: Российско-британское учебное пособие. М.: ЗАО «Интел-Синтез», 2001. 464 с.
3. Назмутдинов В.Я., Яруллин И.Ф. Управленческая деятельность и менеджмент в системе образования личности: монография. Казань: ТРИ «Школа», 2013. 360 с.
4. Сулаева Ж.А. Организационная психология: учебное пособие. Махачкала: ФГБОУ ВО ДГТУ, 2014. 164 с.
5. Сулаева Ж.А. Психология управления: учебное пособие. Махачкала: ФГБОУ ВО ДГТУ, 2017. 180 с.
6. Сулаева Ж.А. Психология личности: курс лекций. Махачкала: ФГБОУ ВО ДГТУ, 2020. 153 с.

References

1. Glushanko V.S., Alfyorova M.V., SHCHastnyj A.T. Razrabotka i prinyatie upravlencheskih reshenij v sisteme ohrany zdorov'ya naseleniya: ucheb.-metod. posobie. Vitebsk: Izd.-vo VG MU, 2016. 116 s.
2. Morgunov B.E. Modeli i metody upravleniya personalom: Rossijsko-britanskoe uchebnoe posobie. M.: ZAO «Intel-Sintez», 2001. 464 s.
3. Nazmutdinov V.YA., YArullin I.F. Upravlencheskaya deyatel'nost' i menedzhment v sisteme obrazovaniya lichnosti: monografiya. Kazan': TRI «SHkola», 2013. 360 s.
4. Sulaeva ZH.A. Organizacionnaya psihologiya: uchebnoe posobie. Mahachkala: FGBOU VO DGTU, 2014. 164 s.
5. Sulaeva ZH.A. Psihologiya upravleniya: uchebnoe posobie. Mahachkala: FGBOU VO DGTU, 2017. 180 s.
6. Sulaeva ZH.A. Psihologiya lichnosti: kurs lekcij. Mahachkala: FGBOU VO DGTU, 2020. 153 s.

*Sulaeva Zh.A., Doctor of Philological Sciences (Advanced Doctor), Professor,
Dagestan State Technical University*

PSYCHOLOGICAL QUALITIES OF THE MANAGER AS ONE OF THE GUARANTORS OF EFFECTIVE MANAGEMENT OF THE ORGANIZATION

Abstract: in equal situations, leaders with different psychological characteristics use different methods of team leadership. Some managerial qualities influencing the management style are considered, based on the properties of the nervous system of each individual. The concept of an individual management style includes such components as adaptation, compensation, correction associated with the conditions of professional activity. The manager gains experience in management decisions and his own style, developing as a subject of the system, forming new competencies, the manager gradually masters new ways of division of labor, seeking to improve the quality of each employee. The manager forms certain skills and applies them taking into account the emerging tasks, achieving the necessary results and ensuring labor discipline in the organization, improving skills, redistributing the functions of employees, based on their competence. In order to ensure a healthy psychological climate in the team, the leader motivates employees, morally and materially strives for leadership in the team, not only formal, but also actual.

Keywords: manager, team, organization, labor assessment, certification, professional activity, management style

*Шельшакова Н.Н., кандидат психологических наук, доцент,
Петрозаводский государственный университет*

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СОБСТВЕННОЙ СЕМЬЕ У ДЕТЕЙ ИЗ НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ

Аннотация: именно семья является важнейшим источником развития и формирования личности ребенка. Психологические исследования (А.И. Захаров, А.С. Спиваковская, Е.О. Смирнова, В.С. Собкин, Й. Лангмейер, З. Матейчек и др.) свидетельствуют, что дети из неполных семей, по сравнению со сверстниками из полных семей, обладают рядом психологических особенностей, которые в большинстве случаев носят ярко выраженный негативный характер. Целью данной работы является: изучить представление о собственной семье детьми старшего дошкольного возраста из неполных семей. Гипотеза проводимого в данной работе исследования заключается в следующем: представление о собственной семье у детей из неполных семей по сравнению с детьми из полных семей отличается отсутствием полноты, поверхностностью, отсутствием положительной эмоциональной насыщенности. Существует взаимосвязь между эмоциональным компонентом восприятия собственной семьи и взаимоотношениями в неполной семье.

В качестве инструмента исследования нами будут использованы следующие методики: 1. Метод опроса (ШКАЛА для выявления внутрисемейных отношений ребенка, разработанную для этой цели А.И. Баркан). 2. Кинетический рисунок семьи (Р.Бернс, С.Кауфман (КРС)). 3. Методика Рене Жиля. 4. Для исследования родительно-детских отношений родителям – методика PARI Е. Шеффер и Р. Белла. 5. Методы математической статистики: U-критерий Манна-Уитни (направлен на установление различий между показателями), критерий Спирмена (направлен на выявление или отсутствия взаимосвязи между показателями). Выводы исследования. Для большинства детей из неполных семей характерна привязанность к матери. Дети из неполных семей воспринимают свою семью как полную, то есть в представлении о семье присутствует и мать, и отец, а также братья-сестры, бабушки-дедушки. Отец минимально значим. Родители не воспринимаются как чета, а каждый отдельно от другого. Большинство детей из неполных семей имеют низкий уровень представлений о семье. Дети имеют общее, конкретное, поверхностное представление о семье. Не могут рассказать о функциях семьи, о взаимоотношениях в семье. Представление о семье у детей из полных семей более полное, разностороннее.

Ключевые слова: семья, ценности, дошкольники, структура семьи, нормы поведения, социум

Актуальность данного исследования заключается в том, что именно в семье закладываются основные нравственности человека, формируются нормы поведения, раскрываются внутренний мир и индивидуальные качества личности. Семья способствует не только формированию личности, но и самоутверждению человека, стимулирует его социальную, творческую активность, раскрывает индивидуальность. Существует мнение, что если семья неполная, то ребенок обязательно будет «проблемным». Однако проблемы возникают и у детей, воспитывающихся в полных семьях. Так что в первую очередь дело не в составе семьи, а в тех отношениях, которые складываются у родителей с ребенком [4, 6, 7, 9]. Например, из психологических исследований известно, что частые конфликты в семье оказывают на ребенка более тяжелое воздействие, чем стабильная жизнь с одним из родителей. Безусловно, теоретически в полной семье родителям легче создать комфортные условия для благополучного развития ребенка во всех смыслах - материальном, психологическом.

Именно семья является важнейшим источником развития и формирования личности ребенка. Психологические исследования (А.И. Захаров, А.С. Спиваковская, Е.О. Смирнова, В.С. Собкин,

Й. Лангмейер, З. Матейчек и др.) свидетельствуют, что дети из неполных семей, по сравнению со сверстниками из полных семей, обладают рядом психологических особенностей, которые в большинстве случаев носят ярко выраженный негативный характер [1, 2, 3].

Целью данной работы является: изучить представление о собственной семье детьми старшего дошкольного возраста из неполных семей.

Гипотеза проводимого в данной работе исследования заключается в следующем: представление о собственной семье у детей из неполных семей по сравнению с детьми из полных семей отличается отсутствием полноты, поверхностностью, отсутствием положительной эмоциональной насыщенности. Существует взаимосвязь между эмоциональным компонентом восприятия собственной семьи и взаимоотношениями в неполной семье.

База исследования: МДОУ Детский сад №61 «Золотой ключик» г. Петрозаводска.

Выборка. В первую группу вошли 20 детей из неполных семей (дети-дошкольники 6-7 лет, посещающие детский сад г. Петрозаводска), вторую группу составили 20 детей из полных семей (дети-дошкольники 6-7 лет, посещающие детский сад г. Петрозаводска).

В качестве инструмента исследования нами будут использованы следующие методики:

1. Метод опроса (ШКАЛА для выявления внутрисемейных отношений ребенка, разработанную для этой цели А.И. Баркан).

2. Кинетический рисунок семьи (Р.Бернс, С.Кауфман (КРС))

3. Методика Рене Жиля.

4. Для исследования родительско-детских отношений родителям – методика PARI Е. Шеффер и Р. Белла.

5. Методы математической статистики: U-критерий Манна-Уитни (направлен на установле-

ние различий между показателями), критерий Спирмена (направлен на выявление или отсутствия взаимосвязи между показателями).

Анализ и интерпретация экспериментальных данных, полученных при исследовании представлений о собственной семье у детей из неполных семей

Анализ результатов исследования по методикам опроса (шкала А.И. Баркан) и КРС.

В двух группах детей было проведено исследование по методике опроса (шкала А.И. Баркан). Были получены следующие результаты.

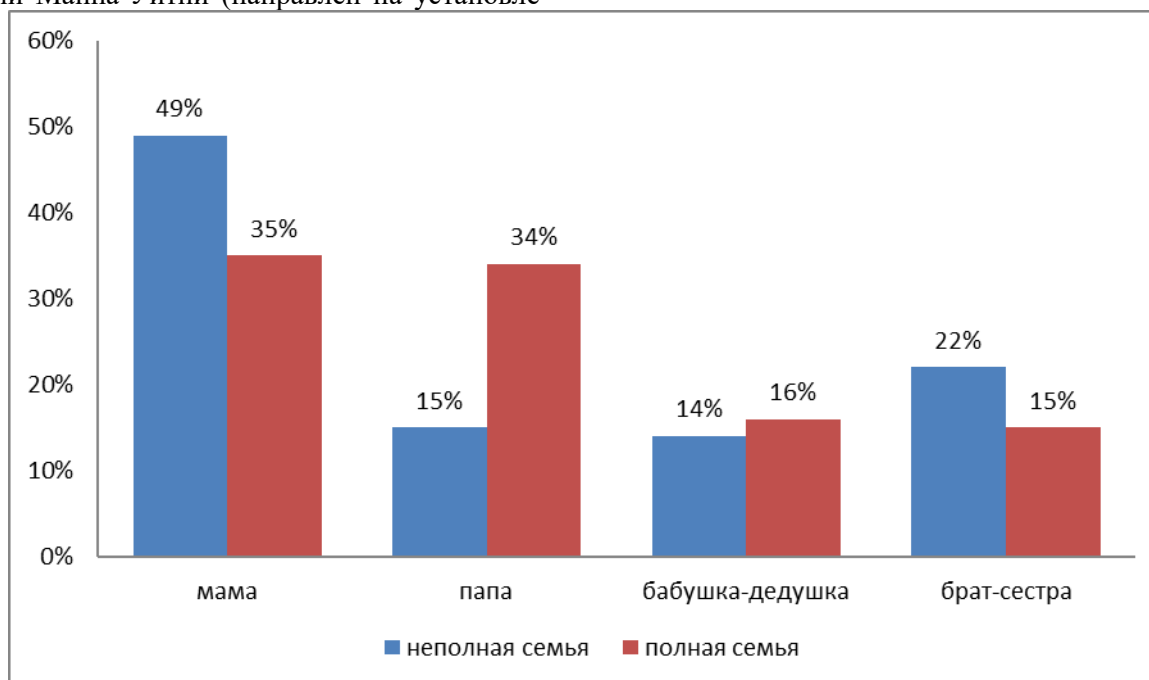


Рис 1. Сравнительные результаты исследования привязанности по шкале Баркан у детей из полных и неполных семей (в %)

Для большинства детей (16 из 20) из неполных семей характерна большая привязанность к матери. Дети в основном выбирали маму в качестве близкого себе человека. Это связано с тем, что дети живут с матерью, а с отцом видятся не каждый день. Отмечаем высокий показатель привязанности к братьям и сестрам в отличие от детей из полных семей, у которых на втором месте бабушка и дедушка, далее брат или сестра. Дети из полных семей отдают предпочтение маме и папе в основном в равной степени, так как живут с обоими родителями и в результате эмоционально относятся к ним одинаково. Только 4 ребенка из 20 выбрали бабушку или дедушку. То есть можно сказать, что большого влияния на жизнь детей в полных семьях бабушки и дедушки не оказывают. Можно говорить о том, что в структуру семьи у детей из неполных семей включены: мать, братья-сестры, бабушки и дедушки, отец. Таким образом ребенок воспринимает свою семью как полную, но

отец не сильно значим, а просто присутствует в представлении. В структуру семьи у детей из полных семей мать и отец входят не отдельно друг от друга, а в качестве родительской четы, бабушки и дедушки, и брат или сестра.

Следующей была проведена методика КРС.

Выявим, имеются ли различия между показателями по симптомокомплексу «благоприятная ситуация в семье» у детей из неполных и полных семей. Для этого используем U-критерия Манна-Уитни. Критерий предназначен для оценки различий между двумя выборками по уровню какого-либо признака, количественно измеренного. Он позволяет выявлять различия между малыми выборками, когда $n_1, n_2 \geq 3$ или $n_1=2, n_2 \geq 5$.

Сформулируем гипотезы:

H_0 : различия между показателями по симптомокомплексу «благоприятная ситуация в семье» у детей из неполных и полных семей статистически незначимы. H_1 : различия между показателями по

симптомокомплексу «благоприятная ситуация в семье» у детей из неполных и полных семей статистически значимы. Установив статистическую значимость, мы сможем сказать, что наши результаты, вероятнее всего, не случайны.

Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}(12.5)$ находится в зоне значимости.

Делаем вывод: различия между показателями по симптомокомплексу «благоприятная ситуация в семье» у детей из неполных и полных семей статистически значимы. Установив статистическую значимость, мы можем сказать, что наши результаты, вероятнее всего, не случайны.

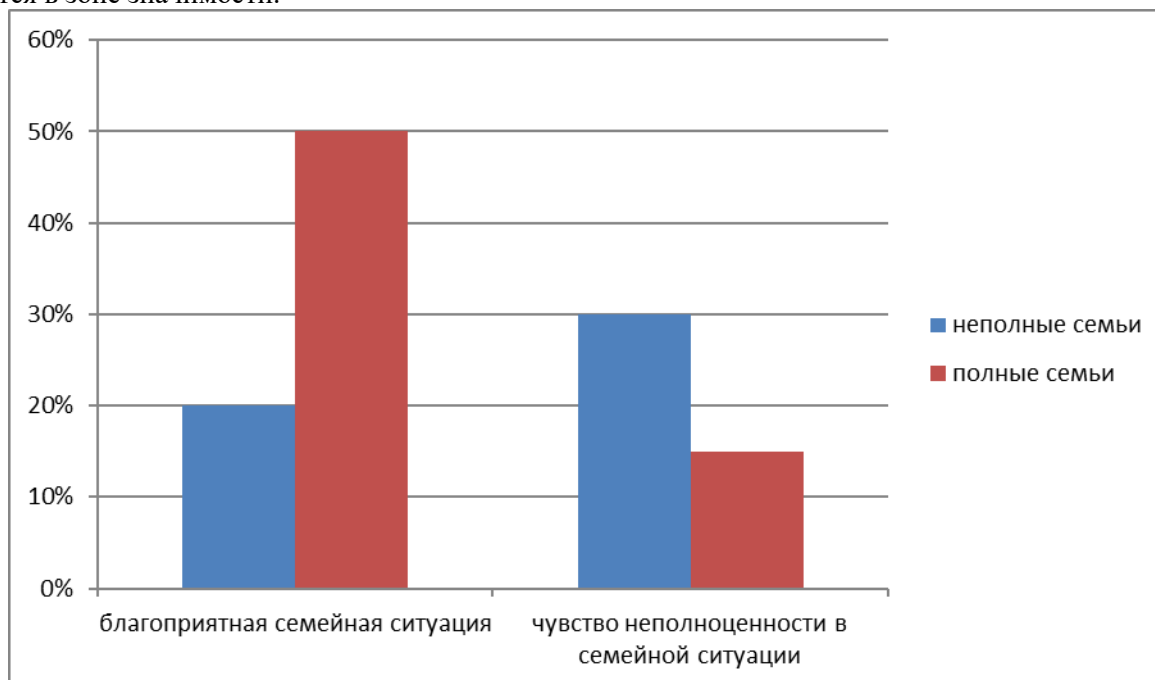


Рис. 2. Сравнительные результаты исследования по методике «Кинетический рисунок семьи» по симптомокомплексам благоприятная семейная ситуация и чувство неполноценности в семейной ситуации (в %)

У детей из неполных семей по сравнению с детьми из полных семей выявлено: по всем симптомам благоприятная семейная ситуация в группе детей из неполных семей в 4 семьях из 20 (20%), во второй группе в 10 семьях (50%). Сплоченность семьи, рисование членов семьи с соединенными руками, объединенность их в общей деятельности являются индикаторами психологического благополучия, восприятия интегративности семьи, включенности в семью. Чувство неполноценности в семейной ситуации ощущают дети в 6- семьях в группе испытуемых из неполной семьи (30%), в группе детей из полных семей - 3(15%). Маленькие фигурки себя, изображенные в окружении родителей, выражают чувства беспомощности, бес-

силы. Они чувствуют себя слабыми, незначимыми в семье. Изображая себя в нижней части листа, это указывает на депривацию ребенка, чувство неполноценности, которое они испытывают в семье.

Сравнение результатов исследования показывают, что у детей из неполных семей хуже сформировано представление о семье по сравнению с детьми из полных семей. В неполных семьях у детей сформировано лишь общее, конкретное представление о семье, в то время как у детей из полных семей представление более разностороннее.

Анализ результатов исследования по методике Рене-Жиля.

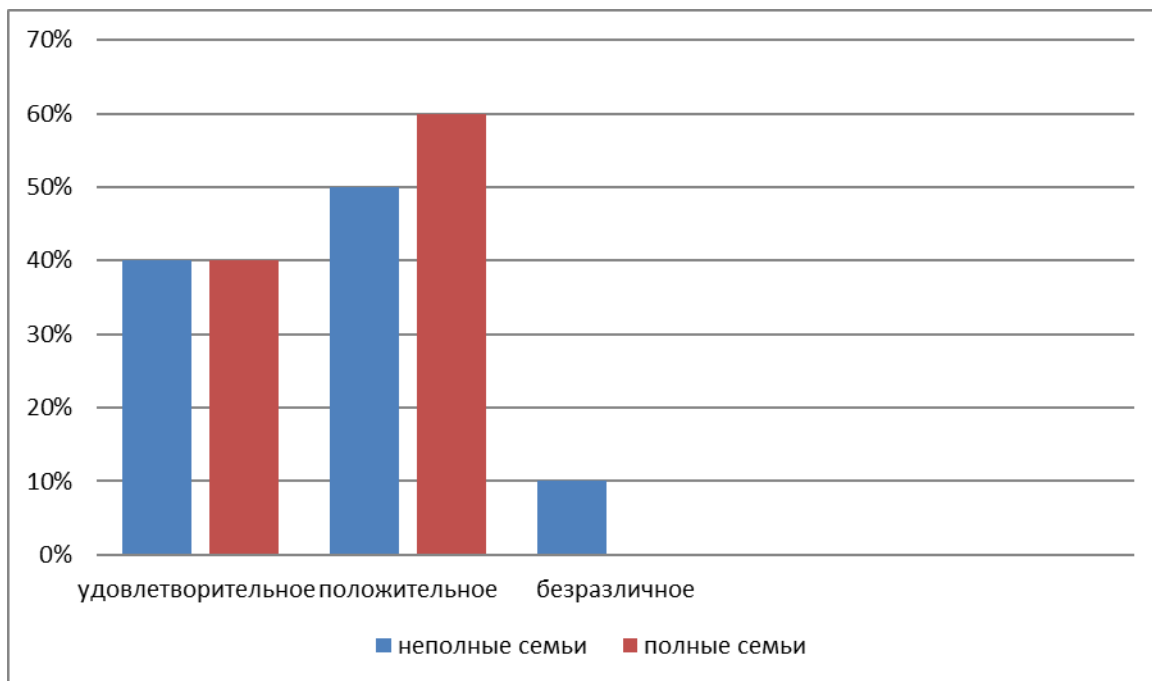


Рис. 3. Сравнительные результаты исследования отношения к семье у детей из полных и неполных семей (в %)

Сравнение результатов исследования показывают (рис. 3), в обеих группах детей преобладает положительное отношение к своей семье. Это проявляется в выборе членов семьи и выборе более близкого расстояния между ребенком и членом семьи в ответах по методике. Одинаковое количество детей в обеих группах (40%) имеют удовлетворительное отношение к семье. Безразличное отношение к семье было зафиксировано лишь в группе детей из неполных семей (10%). Это может

говорить об отсутствии взаимопонимания в семье, о низком эмоциональном контакте, дети располагали себя на более далеком расстоянии от членов семьи, количество выбора членов семьи значительно ниже.

Анализ результатов исследования по методике PARI.

По методике PARI были опрошены 40 матерей, 20 матерей детей из неполных семей, 20 матерей детей из полных семей.

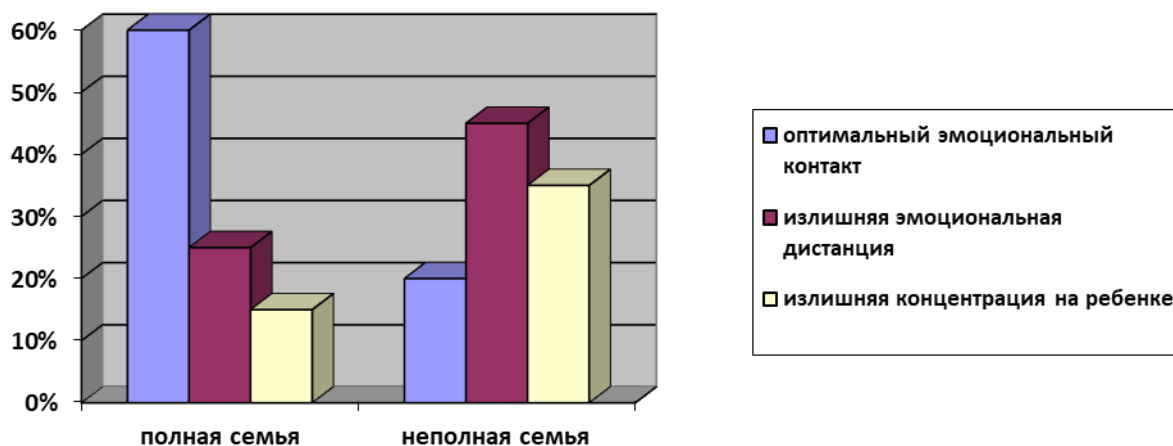


Рис. 4. Сравнительные результаты исследования трех основных стилей семейного воспитания (методика PARI)(в %)

Если сравнить результаты исследования стиля родительских отношений (рис. 13), то можно сказать о том, что в неполных семьях преобладает стиль воспитания «излишняя эмоциональная дистанция», в полных семьях преобладает стиль «оптимальный эмоциональный контакт».

Статистический анализ взаимосвязи между эмоциональным компонентом представления о собственной семье и взаимоотношениями в неполной семье.

Для установления взаимосвязи между эмоциональным компонентом представления о собственной семье и взаимоотношениями в неполной семье применим коэффициент корреляции Спирмена. Метод ранговой корреляции Спирмена позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков.

Сформулируем гипотезы:

H_0 : корреляционная зависимость между признаками в выборке отсутствует;

H_1 : существует корреляционная зависимость между признаками в выборке.

Результат: Корреляция между А и В не достигает уровня статистической значимости.

Таким образом делаем вывод, что не существует связи между эмоциональным компонентом представления о собственной семье и взаимоотношениями в неполной семье. Таким образом, мы можем сказать, что взаимоотношения в неполной семье, а именно низкий балл по стилю «оптимальный эмоциональный контакт» не влияет на эмоциональный компонент представления о семье у детей в неполных семьях.

Статистический анализ взаимосвязи между эмоциональным компонентом представления о собственной семье и взаимоотношениями в полной семье.

Для установления взаимосвязи между эмоциональным компонентом представления о собственной семье и взаимоотношениями в полной семье применим коэффициент корреляции Спирмена. Метод ранговой корреляции Спирмена позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков.

Сформулируем гипотезы:

H_0 : корреляционная зависимость между признаками в выборке отсутствует;

H_1 : существует корреляционная зависимость между признаками в выборке.

Результат: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима

Таким образом делаем вывод, что существует связь между эмоциональным компонентом представления о собственной семье и взаимоотношениями в полной семье. Таким образом, мы можем сказать, что взаимоотношения в полной семье, а высокий балл по стилю «оптимальный эмоциональный контакт» влияет на эмоциональный компонент представления о семье у детей в полных семьях.

Выводы исследования

1. Для большинства детей из неполных семей характерна привязанность к матери. Дети из неполных семей воспринимают свою семью как полную, то есть в представлении о семье присутствует и мать, и отец, а также братья-сестры, бабушки-дедушки. Отец значим минимально. Родители не воспринимаются как чета, а каждый отдельно от другого. Семья считается полной при осознании родителем и ребенком себя как значимых друг для друга людей, которые обмениваются положительными эмоциями и в соответствии с формирующимися непрерывными представлениями о семье как стабильном целом, которое характеризуется безопасностью и доверием.

2. Большинство детей из неполных семей имеют низкий уровень представлений о семье. Дети имеют общее, конкретное, поверхностное представление о семье. Не могут рассказать о функциях семьи, о взаимоотношениях в семье. Представление о семье у детей из полных семей более полное, разностороннее.

3. В целом дети из обеих групп положительно относятся к своей семье.

4. В группе детей из неполных семей не обнаружена взаимосвязь между эмоциональным компонентом представления о семье и взаимоотношениями в семье. В то время как в полной семье такая взаимосвязь установлена. Это объясняется тем, что матери в неполных семьях проявляют излишнюю эмоциональную дистанцию по отношению к ребенку, в то время как матери в полных семьях ориентированы на стиль воспитания «благоприятный эмоциональный контакт».

Таким образом, гипотеза нашего исследования подтвердилась частично.

Литература

1. Ермакова Е.Н., Санцевич Д.В., Юркевич Н.А. Подготовка студентов-психологов к работе с детьми из неполных семей // Международная научная конференция «Психология и жизнь: Психологические проблемы современной семьи». Минск, 2011, С. 593.
2. Зубкова Т.С. Неполные семьи // Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семей: учеб. пособ. студ. М., 2004. С. 75 – 80.
3. Калабихина И.Е. Российская неполная семья: перспективы и реалии: теоретический и практический аспект экономического развития. М.: ИНФРА-М, 1997. 526 с.
4. Кириллов И.Л., Девярых С.Ю. (ред). Социально-психологические проблемы и исследования детства: ребенок в семье, институтах образования и группах сверстников // Материалы международной научно-практической конференции 20-21 января 2011 года. Пенза-Витебск-Москва: Научно-издательский центр «Социосфера», 2012. 210 с.
5. Колесниченко Е.А. Психологические проблемы современной российской семьи: в 3-х ч. Ч. 2. / Под общей ред. докт. психол. В.К. Шабельникова и канд. психол. наук А.Г. Лидерса. М., 2005. 360 с.
6. Колпакова М.Ю. Отцы и дети: от диалога к единству // Воспитание школьников. 2009. № 5. С. 9 – 11.
7. Костенко М.А. Помогая неполной отцовской семье // Отечественный журнал социальной работы. М., 2002. №1. С. 73 – 76.
8. Кулагина И.Ю. Психологический возраст: диагностика и тенденции изменения в онтогенезе. Спб: Речь. 2006. 369 с.
9. Ларина О.А., Каратьян Т.В., Акрущенко А.В. Психология развития и возрастная психология: конспект лекций. М.: Эксмо, 2008. 128 с.
10. Сохранная Н.А. Работа с неполными семьями. Минск., Красико-Принт, 2006. С. 76.

References

1. Ermakova E.N., Sancevich D.V., YUrkevich N.A. Podgotovka studentov-psihologov k rabote s det'mi iz nepolnyh semej. Mezhdunarodnaya nauchnaya konferenciya «Psihologiya i zhizn': Psihologicheskie problemy sovremennoj sem'i». Minsk, 2011, S. 593.
2. Zubkova T.S. Napolnye sem'i. Organizaciya i sodержanie raboty po social'noj zashchite zhenshchin, detej i semej: ucheb. posob. stud. M., 2004. S. 75 – 80.
3. Kalabihina I.E. Rossijskaya nepolnaya sem'ya: perspektivy i realii: teoreticheskij i prakticheskij aspekt ekonomicheskogo razvitiya. M.: INFRA-M, 1997. 526 s.
4. Kirillov I.L., Devyatyh S.YU. (red). Social'no-psihologicheskie problemy i issledovaniya detstva: rebenok v sem'e, institutah obrazovaniya i gruppah sverstnikov. Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii 20-21 yanvarya 2011 goda. Penza-Vitebsk-Moskva: Nauchno-izdatel'skij centr «Sociosfera», 2012. 210 s.
5. Kolesnichenko E.A. Psihologicheskie problemy sovremennoj rossijskoj sem'i: v 3-h ch. CH. 2. Pod obshej red. dokt. psihol. V.K. SHabel'nikova i kand. psihol. nauk A.G. Lidorsa. M., 2005. 360 s.
6. Kolpakova M.YU. Otcy i deti: ot dialoga k edinstvu. Vospitanie shkol'nikov. 2009. № 5. S. 9 – 11.
7. Kostenko M.A. Pomogaya nepolnoj otcovskoj sem'e. Otechestvennyj zhurnal social'noj raboty. M., 2002. №1. S. 73 – 76.
8. Kulagina I.YU. Psihologicheskij vozrast: diagnostika i tendencii izmeneniya v ontogeneze. Spb: Rech'. 2006. 369 s.
9. Larina O.A., Karat'yan T.V., Akrushenko A.V. Psihologiya razvitiya i vozrastnaya psihologiya: konspekt lekcij. M.: Eksmo, 2008. 128 s.
10. Sohrannaya N.A. Rabota s nepolnymi sem'yami. Minsk., Krasiko-Print, 2006. S. 76.

*Shelshakova N.N., Candidate of Psychological Sciences (Ph.D.), Associate Professor,
Petrozavodsk State University*

THE IDEA OF THEIR OWN FAMILY IN CHILDREN FROM SINGLE-PARENT FAMILIES

Abstract: it is the family that is the most important source of development and formation of the child's personality. Psychological studies (A.I. Zakharov, A.S. Spivakovskaya, E.O. Smirnova, B.S. Sobkin, J. Langmeyer, Z. Mateychek, etc.) show that children from single-parent families, in comparison with their peers from full-fledged families, have a number of psychological features, which in most cases are clearly negative. The purpose of this work is to study the idea of their own family by children of senior preschool age from single-parent families. The hypothesis of the research conducted in this paper is as follows: the idea of one's own family in children from incomplete families, in comparison with children from full families, is characterized by a lack of completeness, superficiality, and lack of positive emotional saturation. There is a relationship between the emotional component of the perception of one's own family and the relationship in a single-parent family.

As a research tool, we will use the following methods: 1. The survey method (a scale for identifying intra-family relationships of the child, developed for this purpose by A.I. Barkan). 2. Kinetic drawing of the family (R. Burns, S. Kaufman (KRS)). 3. The method of Rene Gilles. 4. For the study of parent-child relations to parents - the PARI method by E. Schaeffer and R. Bell. 5. Methods of mathematical statistics: the Mann-Whitney U-test (aimed at establishing differences between indicators), the Spearman test (aimed at identifying or not the relationship between indicators). Conclusions of the study. Most children from single-parent families are characterized by attachment to their mother. Children from single-parent families perceive their family as complete, that is, in the idea of a family there is both a mother and a father, as well as siblings, grandparents. The father is minimally significant. Parents are not perceived as a couple, but each is separate from the other. Most children from single-parent families have a low level of understanding of the family. Children have a general, specific, superficial idea of the family. They cannot tell you about the functions of the family, about the relationships in the family. The idea of the family in children from full families is more complete and versatile.

Keywords: family, values, preschoolers, family structure, norms of behavior, society

**Казанков В.В., кандидат педагогических наук,
докторант, генеральный директор,
Санкт-Петербургский университет государственной
противопожарной службы МЧС России,
ООО «Первый Легион», Санкт-Петербург**

ЧИСЛЕННАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ УСТОЙЧИВОСТИ ЧЕЛОВЕКА ПО ПРАВИЛУ ЗОЛОТОЙ ПРОПОРЦИИ

Аннотация: в современной психологии нет методики численной оценки устойчивости человека. В статье представлена авторская шкала численной оценки устойчивости человека и намечен подход к формированию ее дорожной карты. Под устойчивости человека понимается его способность к сохранению здоровья на психофизиологическом, психологическом и психосоциальном уровнях жизнедеятельности, образующих единство индивида, личности и субъекта труда в человеке. Выдвинуты три гипотезы. Гипотеза 1: численно установить устойчивости человека возможно, если создать шкалу ее оценки, применив правило золотой пропорции – шкала устойчивости золотой пропорции (ШУЗП). Гипотеза 2: если человек субъективно оценивает свою устойчивости в интервале от 0,382 до 0,618, то объективно он стабилен; если человек субъективно оценивает свою устойчивости в интервалах от 0,382 до 0 или от 0,618 до 1, то объективно он в состоянии сопротивляемости. Гипотеза 3: по ШУЗП возможно не только отдельно оценить устойчивости человека на психофизиологическом, психологическом и социальном уровне, но и мгновенно оценить его общую устойчивость. Для проверки выдвинутых гипотез представлен эксперимент на выборке пожарных, который подтверждает их верность, а также указывает на целесообразность использования ШУЗП в экстремальной психологии, психологии труда.

Ключевые слова: психологическая стабильность, психологическая сопротивляемость, устойчивость, золотое сечение, биотехносоциум

Исследуя человека, современная психология Европы и Америки стала активно применять понятия «стабильность» (далее, *stability*) и/или «сопротивление» (далее, *resistance*), которые в российской психологии объединены в одно понятие – «устойчивость» (далее, *ustoychivost'*) [1]. То есть, $stability+resistance=ustoychivost'$, что более информативно с точки зрения современной психологии. Обзор литературы по психологической *resistance* и *ustoychivost'* выявляет интерес к этой области [1, 2, 3], усиливая важность психологического здоровья и *ustoychivost'* личности, являющихся обязательным условием полноценного функционирования и развития человека на протяжении всей его жизни [4]. Справедливо утверждение В.Shima [5], что большинство опубликованных работ по *resistance* сосредоточено на том, чтобы связать каждый раз новую концепцию с ранее существующими, но делается это изолированным способом. И пока психологи ищут причинно-следственные связи понятия «*resistance*», его семантическая область постоянно развивается и расширяет концептуализацию определения [2], а язык может стать препятствием для верной интерпретации понятийного аппарата и ловушкой здравого смысла для науки, что приводит к проблеме надежности психологического языка для научной психологии [6]. Такое положение приводит к проблеме численной оценки *ustoychivost'* человека.

В.Shima в работе [5] утверждает, что никто еще не предложил системную перспективу, охватывающую несколько концепций, представляя свой график (айсберг) *resistance* с временной шкалой: от нелинейной динамики через науку сложности к *sustainable* развитию и далее к упругости. По его мнению, данная шкала может сформировать дорожную карту для глобальных межмасштабных диалогов о будущей практической реализации *resistance*. Но никаких вариантов числовой оценки *stability*, *resistance* и *ustoychivost'* он не предлагает. Однако, идея сотворения шкалы численной оценки *ustoychivost'* и некой ее дорожной карты исследований сподвигло автора статьи к их созданию, применив правило золотой пропорции, чего в современной психологии до сих пор не делалось.

Цель текущего исследования – представить на обсуждение шкалу численной оценки *ustoychivost'* человека и подход к формированию ее дорожной карты. Гипотеза 1: численно установить *ustoychivost'* человека возможно, если создать шкалу ее оценки, применив правило золотой пропорции – шкала устойчивости золотой пропорции (ШУЗП). *Ustoychivost'* человека – это его способность к сохранению здоровья на психофизиологическом, психологическом и психосоциальном уровнях жизнедеятельности, образующих в человеке единство индивида, личности и субъекта труда в биотехносоциуме – мир природы, техники, общества.

Психофизиологический, психологический и психосоциальный уровни формируют дорожную карту маркеров *ustoychivost'* человека. Психофизиологический уровень – нервная система в детерминации психической деятельности индивида. Психологический уровень – эмоции, формирующие психические состояния личности. Психосоциальный уровень – волевое проявление направленности субъекта труда.

Психофизиологический уровень (ϕ) – регистрация физиологических реакций индивида, когда *ustoychivost'* человека устанавливается по маркерам: сердечно-сосудистой системы (артериальное давление относительно нормы); реакции глаз и мимики; реакции кожного покрова (наличие потливости) и т.д. Посредством нервной системы по линиям обратной связи физиологические маркеры интерпретируются психическими маркерами: внимания, выражающихся в качестве восприятия информации; мышления, отражающихся в логике, принятии решения и т.д.

Психологический уровень (ψ) – регистрация эмоций и психических состояний личности, когда *ustoychivost'* человека устанавливается по маркерам: валентности (тона) эмоций, их интенсивности (силы), стеничности и содержания, что формирует эмоциональные, активационные, тонические и

тензионные психические состояния со своими характерными маркерами.

Психосоциальный уровень (s) – регистрация волевого проявления направленности субъекта труда, когда *ustoychivost'* человека регистрируется маркерами: способности сознательно выбрать актуальную потребность, мотив, с последующей постановкой цели; наличием движения к цели; способностью владеть и управлять собственным поведением; наличием мировоззрения и убеждений, объединенных понятиями «жизнь» и «деятельность».

Работа [7] закладывают идею о возможности численной интерпретации маркеров каждого уровня на ШУЗП. Важным при построении ШУЗП является проприум – совокупность всех сторон личности, её внутреннее единство [8] в соотношении трех частей одного целого по правилу золотой пропорции: целое (психофизиологический уровень ($\phi=1$)) так относится к большей части (психологическому уровню ($\psi=0,618$)), как большая часть относится к меньшей части целого (психосоциальному уровню ($s=0,382$)) (рис.1), что проверяется правилом золотой пропорции (1)

$$\frac{1 (\phi)}{0,618 (\psi)} = \frac{0,618 (\psi)}{0,382 (s)} = 1,618 \quad (1):$$



Рис. 1. Образная интерпретация соотношения психофизиологического ($\phi=1$), психологического ($\psi=0,618$) и психосоциального ($s=0,382$) уровней в человеке

Представленное на рис. 1 деление целого на части не только указывает иерархию уровней по их важности для *ustoychivost'* человека, но и на возможность численно оценить *ustoychivost'* человека, если задать образный отрезок от 0 до 1 и поделить его в крайнем и среднем отношении (в золотом сечении) [11]. То есть, на отрезке от 0 до 1 надо отложить условную точку равную 0,618 (рис. 2 (А)). Отняв от целого (точка 1) точку 0,618, получим вторую точку 0,382 (рис. 2 (В)). Наложив

рисунки друг на друга, получим интервал *ustoychivost'* от 0,382 до 0,618 – интервал комфорта и здоровья человека, зона stability (рис.2 (С) со знаком (+)). В интервалах от 0,382 до 0 или от 0,618 до 1 находится неустойчивость человека – интервал стресса и риска, дискомфорта и уязвимости человека, зона resistance (рис.2 (С) со знаком (-)). Цифра 0,5 – точка равновесия и гармонии человека, зона акме (рис. 2 (С)).

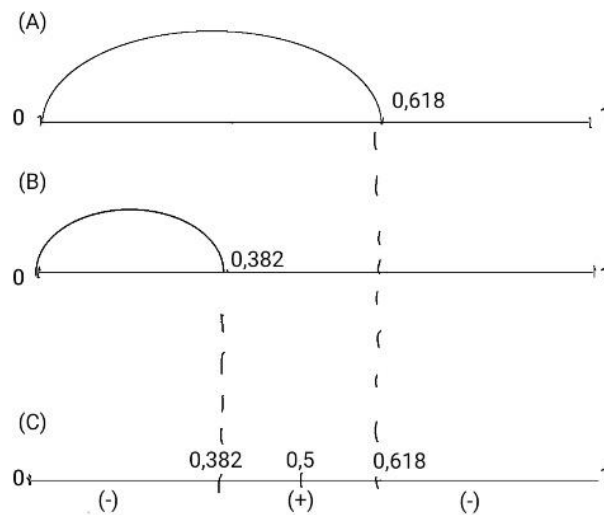


Рис. 2. Наглядная интерпретация ШУЗП

На рис. 2 цифры 0 и 1 олицетворяют «смертельные» точки *ustoychivost'* за пределами которых начинаются необратимые (невозвратные) процессы разложения и деградации человека. Следовательно, ШУЗП представлена временным отрезком *ustoychivost'* человека в пространстве *biotechnosociety* с двумя зонами: от 0,382 до 0,618 (зона *stability*); от 0,382 до 0 или от 0,618 до 1 (зона *resistance*). ШУЗП применима для определения *ustoychivost'* на φ , ψ и s по принципу голограммы с позиции [9, 10], то есть, $\varphi=(0-1)$, $\psi=(0-1)$, $s=(0-1)$ в единой образной интерпретации (рис. 1).

Гипотеза 2: если человек субъективно оценивает свою *ustoychivost'* в интервале от 0,382 до 0,618, то объективно он *stability*; если человек субъективно оценивает свою *ustoychivost'* в интервалах от 0,382 до 0 или от 0,618 до 1, то объективно он *resistance*.

Общая *ustoychivost'* человека измеряется в относительных единицах (о.е.) и определяется по формуле (2):

$$\Omega = \frac{\Omega\varphi + \Omega\psi + \Omega s}{n} \quad (\text{о.е.}) \quad (2)$$

где,

Ω – общая *ustoychivost'* человека (о.е.);

n – количество уровней *ustoychivost'*, как правило равно 3;

$\Omega\varphi$ – *ustoychivost'* на психофизиологическом уровне (о.е.);

$\Omega\psi$ – *ustoychivost'* на психологическом уровне (о.е.);

Ωs – *ustoychivost'* на психосоциальном уровне (о.е.);

$\Omega\varphi$, $\Omega\psi$ и Ωs вычисляются по одной и той же формуле (3):

$$\Omega\varphi, \Omega\psi, \Omega s = \frac{\sum m}{n} \quad (\text{о.е.}) \quad (3)$$

где,

m – численные значения, эквивалентных маркерам оценки φ , ψ , s (каждый маркер оценивается от 0 до 1 в (о.е.);

n – количество замеряемых маркеров.

Из формулы (3) следует, что чем больше маркеров каждого уровня регистрируется на ШУЗП, тем более объективно и информативно вычисляется численное значение общей *ustoychivost'* человека.

Гипотеза 3: по ШУЗП возможно не только отдельно оценить *ustoychivost'* человека на каждом уровне (φ , ψ , s), но и мгновенно оценить его общую *ustoychivost'*.

Когда речь идет об *ustoychivost'*, то подразумевается некий процесс во временном интервале: предстоящее–настоящее–пройденное.

Предстоящее (τ_1) – характеризует Ω человека до вхождения в ситуацию.

Настоящее (τ_2) – характеризует Ω человека непосредственно в ситуации.

Пройденное (τ_3) – характеризует Ω человека после выхода из ситуации.

Проверка гипотез 1, 2, 3 осуществлялась экспериментально не в лабораторных условиях по следующему алгоритму.

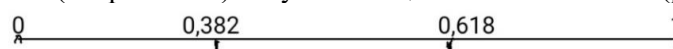
Респондентам предлагалось трижды оценить *ustoychivost'* на трех уровнях (φ , ψ , s) по ШУЗП: перед получением задания (τ_1); во время выполнения задания (τ_2); после выполнения задания (τ_3). Уровень значимости задания для респондентов выше среднего, носит экзаменационный характер. Полученные результаты заносились в три одинаковые таблицы (табл. 1) с указанием временного интервала. То есть, с одного респондента собиралось три таблицы по форме (табл. 1).

Таблица 1

Оценка устойчивости (τ_1 или τ_2 или τ_3)			
Уровень	Маркер (n)	Оценка (m)	$\frac{\sum m}{n}$
$\Omega\phi$ 0 — 0,382 — 0,618 — 1			
$\Omega\psi$ 0 — 0,382 — 0,618 — 1			
Ωs 0 — 0,382 — 0,618 — 1			
$\Omega = \frac{\Omega\phi + \Omega\psi + \Omega s}{n}$ (о. е)			

Параллельно с регистрацией *ustoychivost'* по ШУЗП на каждом временном интервале, респонденты также проходили тестирование по опросникам на стрессоустойчивость для сверки результатов опросников с результатами ШУЗП.

Когда человек находится в ограниченном временном интервале (стрессовая (оперативная) ситу-

Рис. 3. ШУЗП по оценке общей *ustoychivost'* (Ω)

Валидность ШУЗП изучалась на протяжении 10 лет путем сравнения результатов у респондентов на общей выборке из 1200 человек, где 600 человек применяли ШУЗП (экспериментальная выборка (ES)), другие 600 человек не применяли ее (контрольная выборка (CS)). Каждая выборка состояла из следующих категорий респондентов: студенты выпускных курсов – 150 человек по 75 человек в каждой выборке; пожарные – 700 человек по 350 в каждой выборке; спасатели – 200 человек по 100 в каждой выборке; полицейские – 150 человек по 75 в каждой выборке.

В данной статье приведены результаты апробации ШУЗП по выборке из категории респондентов – пожарные (700 человек по 350 респондентов в ES и CS). Имеется Акт внедрения научных результатов, в том числе ШУЗП, в Главном управлении МЧС России по Ленинградской области от 06.12.2010 года.

Эксперимент состоял из четырех этапов.

Этап 1. На данном этапе осуществлялось тестирование ES и CS по 16-факторному личностному опроснику Кеттелла [11]: шкала А, шкала С, шка-

а), то ему некогда использовать все субъективные маркеры оценки *ustoychivost'* и регистрировать их точки на ШУЗП. В таких случаях предлагалось методом мгновенной самооценки определить Ω в интервале от 0 до 1, ответив на один вопрос: «Где точка моей *ustoychivost'*?». Результат оценивался на ШУЗП (рис. 3).

ла О, шкала Q3, шкала F1, шкалы O-Q4, шкалы G-Q3. Цель этапа заключалась: создать представление о выборке применительно к оценке *ustoychivost'*.

Этап 2. Через шесть месяцев после тестирования, с пожарными ES был проведен вводный инструктаж как пользоваться ШУЗП при оценивании общей *ustoychivost'* (Ω) в соответствии с рис.3. Затем они оценивали Ω : непосредственно перед выездом на пожар, когда сели в пожарную машину (τ_1); на подъезде к месту пожара, перед покиданием пожарного автомобиля (τ_2); при следовании в пожарную часть после пожара, в пожарном автомобиле (τ_3). Пожарные CS, по представленному алгоритму, должны были интуитивно оценить свою *ustoychivost'* Ω без знания о ШУЗП. Цель этапа заключалась: установить маркеры, которыми воспользовались респонденты ES путем интуитивного мышления; подтвердить либо опровергнуть выдвинутые гипотезы (1, 2); установить имеет ли влияние на респондентов работа с ШУЗП, если да, то какое. Результаты этапа 2 (табл. 2).

Таблица 2

Общие данные по оценке своей общей <i>ustoychivost'</i> (Ω)			
	Количество респондентов	Оценить (смогли/не смогли)	Соотношение в %
		Ω	Ω
τ_1			
ES по ШУЗП	350	350/0	100/0
CS без ШУЗП*	350	58/292	16,5/83,5

Продолжение таблицы 2

τ_2			
ES по ШУЗП	350	350/0	100/0
CS без ШУЗП*	350	8/342	2/98
τ_3			
ES по ШУЗП	350	350/0	100/0
CS без ШУЗП*	350	123/227	35/65

Примечание: Респонденты CS стали оценивать Ω по личному пониманию этого слова в интерпретации «Да, *ustoychivost'*», «Нет, не *ustoychivost'*». Ответы «Не знаю, как ответить» или «Не могу оценить» приравнивались к категории ответа «Нет». Что именно имеется под словесной интерпретацией респонденты пояснить не могли, однако, смогли описать на основании чего они делают соответствующие выводы относительно *ustoychivost'* или нет

Таблица 3

Интерпретация Ω по интервалам в оценках ES

Уровень: интервал	Количество респондентов	Ω		
		0,382- 0,618	0,382-0	0,618- 1
τ_1 ES	350	341	8	1
τ_2 ES	350	296	54	0
τ_3 ES	350	350	0	0

Этап 3. Через шесть месяцев после второго этапа, с пожарными ES был проведен вводный инструктаж как воспользоваться ШУЗП для оценки *ustoychivost'* $\Omega_f, \Omega_\psi, \Omega_s$. Затем они оценивали $\Omega_f, \Omega_\psi, \Omega_s$ по ШУЗП в соответствии с табл. 1: когда сели в пожарную машину (τ_1); на подъезде к месту пожара (τ_2); при следовании в пожарную часть после пожара (τ_3). Пожарные CS должны были интуитивно оценить *ustoychivost'* $\Omega_f, \Omega_\psi, \Omega_s$, по

алгоритму, представленному выше, в соответствии с табл.1. Цель этапа заключалась: установить, как оценят *ustoychivost'* ($\Omega_f, \Omega_\psi, \Omega_s$) ES с опытом оценки Ω и CS (без опыта работы с ШУЗП) оценят *ustoychivost'* $\Omega_f, \Omega_\psi, \Omega_s$; сравнить результаты ES первого и второго экспериментов; подтвердить либо опровергнуть выдвинутые гипотезы (1, 2, 3). Результаты этапа 3 отражены в табл. 4, 5.

Таблица 4

Общие данные по оценке своей *ustoychivost'*

	Количество респондентов	Оценить (смогли/не смогли)			Соотношение в %		
		Ω_f	Ω_ψ	Ω_s	Ω_f	Ω_ψ	Ω_s
τ_1							
ES по ШУЗП	350	311/39	295/55	246/104	89/11	84/16	70/30
CS без ШУЗП*	350	45/305	38/312	0/350	13/87	11/89	0/100
τ_2							
ES по ШУЗП	350	333/17	315/35	346/4	95/5	90/10	99/1
CS без ШУЗП*	350	35/314	8/342	0/350	10/90	3/97	0/100
τ_3							
ES по ШУЗП	350	350/0	350/0	350/0	100/0	100/0	100/0
CS без ШУЗП*	350	215/135	113/237	0/350	61/39	32/68	0/100

Таблица 5

Расшифровка оценки *ustoychivost'* из таблицы 4

Уровень: интервал	ES			CS			ES	CS
τ₁								
	311	295	246	45	38	0	%	%
Ωφ: 0,382-0,618 0,382-0 0,618-1	254 51 6			24 17 4			81,6 16,4 2	53,3 37,7 9
Ωψ: 0,382-0,618 0,382-0 0,618-1		215 65 15			31 6 1		73 22 5	81,6 15,8 2,6
Ωs: 0,382-0,618 0,382-0 0,618-1			211 31 4			0	85,8 12,6 1,6	0
τ₂								
	333	315	346	35	8	0	%	%
Ωφ: 0,382-0,618 0,382-0 0,618-1	324 0 9			35 0 0			97 0 3	100 0 0
Ωψ: 0,382-0,618 0,382-0 0,618-1		305 0 10			8 0 0		97 0 3	100 0 0
Ωs: 0,382-0,618 0,382-0 0,618-1			298 9 39			0	86 3 11	0
τ₃								
	350	350	350	215	113	0	%	%
Ωφ: 0,382-0,618 0,382-0 0,618-1	319 6 25			198 17 0			91 2 7	92 8 0
Ωψ: 0,382-0,618 0,382-0 0,618-1		350 0 0			103 0 10		100 0 0	91 0 9
Ωs: 0,382-0,618 0,382-0 0,618-1			311 31 8			0	89 9 2	0

Этап 4. Через шесть месяцев после третьего этапа, с пожарными ES и CS провели повторное тестирование как на первом этапе. Цель этапа заключалась: установить, стали ли использовать

ШУЗП самостоятельно респонденты ES в своей жизнедеятельности; установить, как повлияло на пожарных ES использование ШУЗП. Результаты этапа 1 и 4 представлены в табл. 6.

Таблица 6

Сравнение средних значений результатов по 16 PF Кеттелла на этапе 1 и на этапе 4

Шкала 16 PF	ES		CS	
	1 этап	4 этап	1 этап	4 этап
A	5,6	8,6	5,5	6,7
C	4,3	6,3	5	5,6
O	7,8	2,8	8	5
Q ₃	5,9	7,9	6	6,7
F ₁	5,6	4,6	6,3	5,1
G-Q ₃	4,6	6,6	4,1	4,9
O-Q ₄	7,9	3,9	7,4	5,4

Результаты исследования (табл. 2) показывают, что респонденты CS в подавляющем большинстве не смогли оценить свою *ustoychivost'*, так как не знакомы с этим понятием. Однако, интуитивно они оценивают *ustoychivost'* по принципу «Да, устойчив» и «Нет, неустойчив», при этом наблюдается, что при следовании в пожарную часть после тушения пожара 35% пожарных смогли определить *ustoychivost'*, что указывает на процессы разрешения на психофизиологическом, психологическом и психосоциальном уровнях и состоянии удовлетворенности от выполнения поставленной задачи. Маркерами оценки *ustoychivost'* послужило психофизиологическое восприятие своего организма через: сердечно-сосудистую систему (четкое ощущение сердцебиения и увеличение частоты сердечных сокращений); реакцию кожи (появление потливости ладоней и подмышек); двигательные маркеры (наличие тремора кистей рук). Аналогичные маркеры выделили и в ES, что указывает на их приоритетность и понятность без наличия специальных знаний в данной области и возможности численной интерпретации в виде оценки на ШУЗП по субъективному восприятию ощущений своего организма.

Из таблиц 2 и 3 следует, что все респонденты ES смогли оценить свою *ustoychivost'*, что указывает на простоту и понятность ШУЗП (рис. 3). При этом, подавляющее большинство пожарных указало зону *stability* (от 0,382 до 0,618) перед выездом на пожар (τ_1), на подъезде к месту пожара (τ_2) и при следовании в пожарную часть после пожара (τ_3), что является хорошим показателем для профессии «пожарный».

Данные в табл. 4 указывают на то, что, когда респондентам CS сказали о наличии $\Omega\phi$, $\Omega\psi$, Ω_s , они не смогли понять психосоциальную *ustoychivost'* (Ω_s) на интуитивном уровне, но психофизиологическую и психологическую *ustoychivost'* особенно при следовании в пожарную часть проинтерпретировали и оценили в соответствии с табл.1 61% ($\Omega\phi$) и 32% ($\Omega\psi$). Данный факт указывает: если респондент не спешит и способен внимательно посмотреть на рис. 3, то инту-

итивно он способен оценить свою *ustoychivost'* на психофизиологическом и психологическом уровне без конкретных знаний о них. В то же время респонденты ES смогли оценить все уровни *ustoychivost'* ($\Omega\phi$, $\Omega\psi$, Ω_s) осознанно подойдя к интервалам оценки. В ходе беседы установлено: они интервал от 0,382 до 0 характеризовали по восприятию со знаком (-), а от 0,618 до 1 со знаком (+), что является верным, так как это зона *resistance*. Интервал от 0,382 до 0,618 респондентами ES оценивался как самый надежный, то есть *stability*.

Из табл.5 следует, что по окончании выполнения поставленной задачи в ES и CS наблюдается максимальный процент оценки своей *ustoychivost'* (τ_3), что указывает на такой функциональный процесс как разрешение в работе в виде выполненной задачи.

Непредсказуемым оказались данные по тестированию респондентов до входа в эксперимент и на его выходе (табл.6). В ES и CS наблюдается положительная тенденция в изменении стенов по шкалам, характеризующим *ustoychivost'* человека. При этом у ES они более выражены чем у CS. Этот факт указывает на положительный терапевтический эффект от ШУЗП, подразумевающей беседы об *ustoychivost'*. То есть, штатный психолог, используя ШУЗП, может не только оценивать *ustoychivost'* человека, но и выполнять терапевтическое воздействие в ходе беседы и обсуждения оценок на ШУЗП.

Полученные результаты подтверждают гипотезы 1, 2 и 3. Эксперимент показал, что интервалы оценки по ШУЗП дают возможность численно оценить *ustoychivost'* человека. Действительно, человек субъективно способен оценивать свою *ustoychivost'* в интервале от 0,382 до 0,618, понимая, что объективно он *stability*. Также человек субъективно способен оценивать свою *ustoychivost'* и в интервалах от 0,382 до 0 или от 0,618 до 1, понимая, что объективно он *resistance*. Это значимый вывод, из которого следует, что человек не только теоретически, но и практически способен отслеживать в своей жизнедеятельности

периоды, когда он уязвим и находится в зоне риска под воздействием стрессоров биотехносоциума. При этом он может детально разобраться в себе, используя трех уровневую оценку *ustoychivost'* ($\Omega\phi$, $\Omega\psi$, Ωs) по ШУЗП в причинах ощущения стресса.

Результаты эксперимента указывают на то, что в своей простоте ШУЗП может использоваться повседневно не только психологом, но и обычным человеком без каких-либо серьезных временных и интеллектуальных затрат. Простота в использовании ШУЗП и достоверность получаемых результатов позволяет оперативно оценивать *ustoychivost'*.

Следует отметить, что когда человек находится в ограниченном временном интервале (стрессовая (оперативная) ситуация), то ему некогда оценивать *ustoychivost'* на психофизиологическом ($\Omega\phi$), психологическом ($\Omega\psi$) и психосоциальном (Ωs) уровнях и регистрировать их точки на ШУЗП. В таких случаях он может методом мгновенной самооценки определить общую *ustoychivost'* (Ω) в интервале от 0 до 1, ответив на один вопрос: «Где точка моей *ustoychivost'*?». Полученный ответ будет субъективно характеризовать Ω и, в тоже время, указывать на объективность Ω в случае фиксации первой реакции ответа на вопрос, что является относительно точной реакцией индивида, личности и субъекта труда.

В ходе эксперимента были получены многочисленные и разнообразные маркеры психофизиологического, психологического и психосоциального уровней для дорожной карты оценки

ustoychivost' человека ($\Omega\phi$, $\Omega\psi$, Ωs), что не позволяет о них говорить в данной статье, так как они являются предметом отдельного изложения и оценки. Цели, которые ставились на каждом этапе эксперимента в целом достигнуты.

Бесспорно, что многие могут не согласиться с представленным подходом оценки *ustoychivost'* человека путем использования разработанной ШУЗП и посчитать ее слишком простой и сырой с научной точки зрения для практического применения. Однако, альтернативного решения для быстрой оценки *ustoychivost'* человека, особенно в чрезвычайных и стрессовых ситуациях, когда речь идет о секундах для принятия решения, в современной психологии нет. Более того, эксперимент показал эффективность и полезность применения ШУЗП, подтвержденные результатами, полученными на выборках других категорий респондентов. При этом надо согласиться, что ШУЗП следует проверить на сочетаемость результатов с ведущими мировыми тестами, к примеру, с 16 PF Кеттелла. Внимательному изучению должна быть подвержена и дорожная карта *ustoychivost'* человека.

В заключение отметим, что оперативность оценки *ustoychivost'* субъектом труда является актуальным для специалистов оперативных и диспетчерских служб. ШУЗП может служить дополнительным инструментом психолога при работе с пациентом, а также являться для человека источником самоконтроля и саморегуляции.

Литература

1. Казанков В.В., Гуменюк О.В. Анализ взаимосвязи жизнедеятельности специалиста МЧС России, его психологической устойчивости и безопасности труда // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Общество. Коммуникация. Образование. 2010.
2. Kamila J.Regina, WiolettaGadecka, Piotr M.Kowalski, Ireneusz M.Kowalski, TadeuszGałkowski. Generational transfer of psychological resilience // Polish Annals of Medicine. June 2016. Vol. 23. Issue 2. P. 102 – 107
3. Philip Moons, Koen Luyckx. 25 Psychosocial Issues in Adult Congenital Heart Disease // Diagnosis and Management of Adult Congenital Heart Disease. 2018. P. 281 – 285.
4. Sekach M.F., Perelygina E.B., Zotova O.Y. Intensity of Psychological Health and Personality Psychological Resistance // Procedia – Social and Behavioral Sciences. 10 October 2013. Vol. 86. P. 88 – 92.
5. Shima Beigi. Chapter 21 A Road Map for Cross Operationalization of Resilience // The Science of Hormesis in Health and Longevity. 2019. P. 235 – 242.
6. Saulo de Freitas Araujo. Psychology between science and common sense: William James and the problems of psychological language in the Principles // New Ideas in Psychology. August 2017. Vol. 46. P. 39 – 45.
7. Livio M. The equation that couldn't be solved: how mathematical genius discovered the language of symmetry // New York: Simon & Schuster. 2005.
8. Allport, Gordon W. Becoming; basic considerations for a psychology of personality // New Haven, Yale University Press. 1955.
9. David Bohm. Unfolding Meaning: A Weekend of Dialogue with David Bohm // First published in 1987. Routledge is an imprint of Taylor & Francis, an Informa company // Transferred to Digital Printing. 2005.

10. David Talbot. The Devil's Chessboard: Allen Dulles, the CIA, and the Rise of America's Secret Government // Harper.

11. Cattell, Raymond B. Handbook for the sixteen personality factor questionnaire (16 PF) in clinical, educational, industrial, and research psychology, for use with all forms of the test // Champaign, Ill., Institute for Personality and Ability Testing. 1970.

References

1. Kazankov V.V., Gumenyuk O.V. Analiz vzaimosvyazi zhiznedeyatel'nosti specialista MCHS Rossii, ego psichologicheskoy ustojchivosti i bezopasnosti truda. Nauchno-tekhnicheskie vedomosti Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo politekhnicheskogo universiteta. Obshchestvo. Kommunikaciya. Obrazovanie. 2010.

2. Kamila J.Regina, WiolettaGadecka, Piotr M.Kowalski, Ireneusz M.Kowalski, TadeuszGałkowski. Generational transfer of psychological resilience. Polish Annals of Medicine. June 2016. Vol. 23. Issue 2. P. 102 – 107

3. Philip Moons, Koen Luyckx. 25 Psychosocial Issues in Adult Congenital Heart Disease. Diagnosis and Management of Adult Congenital Heart Disease. 2018. P. 281 – 285.

4. Sekach M.F., Pereyagina E.B., Zotova O.Y. Intensity of Psychological Health and Personality Psychological Resistance. Procedia – Social and Behavioral Sciences. 10 October 2013. Vol. 86. P. 88 – 92.

5. Shima Beigi. Chapter 21 A Road Map for Cross Operationalization of Resilience. The Science of Hormesis in Health and Longevity. 2019. P. 235 – 242.

6. Saulo de Freitas Araujo. Psychology between science and common sense: William James and the problems of psychological language in the Principles. New Ideas in Psychology. August 2017. Vol. 46. P. 39 – 45.

7. Livio M. The equation that couldn't be solved: how mathematical genius discovered the language of symmetry. New York: Simon & Schuster. 2005.

8. Allport, Gordon W. Becoming; basic considerations for a psychology of personality. New Haven, Yale University Press. 1955.

9. David Bohm. Unfolding Meaning: A Weekend of Dialogue with David Bohm. First published in 1987. Routledge is an imprint of Taylor & Francis, an Informa company. Transferred to Digital Printing. 2005.

10. David Talbot. The Devil's Chessboard: Allen Dulles, the CIA, and the Rise of America's Secret Government. Harper.

11. Cattell, Raymond B. Handbook for the sixteen personality factor questionnaire (16 PF) in clinical, educational, industrial, and research psychology, for use with all forms of the test. Champaign, Ill., Institute for Personality and Ability Testing. 1970.

*Kazankov V.V., Candidate of Pedagogic Sciences (Ph.D.),
Doctoral Candidate, General Director,
St. Petersburg University of the State Fire Service
of the Ministry of Emergency Situations of Russia,
First Legion LLC, St. Petersburg*

NUMERICAL SCALE OF THE ASSESSMENT OF STABILITY OF THE PERSON BY THE RULE OF THE GOLD PROPORTION

Abstract: in modern psychology there is no technique of a numerical assessment of stability of the person. The author's scale of a numerical assessment of stability of the person is presented in the article and approach to formation of its road map is planned. Under stability of the person his ability to health preservation at the psychophysiological, psychological and psychosocial levels of activity forming unity of the individual, the personality and the subject of work in the person is understood. Three hypotheses are made. Hypothesis 1: it is possible to numerically determine the stability of a person if they create a scale for its assessment by applying the golden proportion rule - the golden proportion stability scale (GPSS). Hypothesis 2: if a person subjectively evaluates his stability in the range from 0.382 to 0.618, then objectively he is stable; if a person subjectively evaluates his stability in the range from 0.382 to 0 or from 0.618 to 1, then objectively he is in a state of resistance. Hypothesis 3: it is possible not only to assess separately the stability of a person at the psychophysiological, psychological and social level, but also to assess instantly his overall stability. To test the hypotheses put forward, an experiment is presented on a sample of firefighters, which confirms their loyalty, and also indicates the feasibility of using GPSS in extreme psychology, labor psychology.

Keywords: psychological stability, psychological resistance, stability, golden section, biotechnosocium

*Артемова Ж.Г., кандидат педагогических наук, доцент,
Коканов Н.А., старший преподаватель,
Челябинский государственный университет*

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОФАЙЛИНГА В ОЦЕНКЕ ПЕРСОНАЛА

Аннотация: в статье рассматривается метод оценки персонала с применением профайлинга. Оценка кандидата/сотрудника одна из сложных задач и проблем в системе управления персоналом. От правильности ее решения зависит не только эффективность работы организации, но состояние психологического здоровья коллектива. Для решения этой задачи формируется, совершенствуется инструментарий оценки персонала. В данной статье предлагается опросная беседа, как инструмент позволяющий составить «профиль» человека, прогнозировать действия, понять его мотивы и намерения, а также оценить достоверность представляемой информации. В области оценки персонала профайлинг позволяет простроить эффективную систему оценки, планирования и прогнозирования конкретных результатов деятельности; он эффективен в планировании карьеры сотрудника, так как дает возможность выбрать то направление развития, в котором данный человек сможет быть максимально успешен и результативен. В настоящее время профайлинг стал использоваться более широко и активно применяется в тех случаях, когда требуется быстрая оценка личности и ее основных характеристик для прикладного использования этих знаний в целях построения эффективной коммуникации. Материал, изложенный в статье, может рассматриваться в аспекте возможного применения в собеседованиях и интервью.

Целью исследования являлось изучение личностных особенностей кандидатов/сотрудников, оценка достоверности предоставляемой информации, посредством опросной беседы.

Методы: в качестве методов исследования используются наблюдение, опросная беседа.

Результаты: результаты исследования показали, что профайлинг является эффективным методом в оценке персонала.

Выводы: применение профайлинга в оценке персонала позволяет составить подробный психологический портрет человека на основе комплексной оценки его вербального и невербального поведения, с целью прогнозирования соответствия кандидата предполагаемой должности, а также позволяет оценить правдивость предоставляемой человеком информации. Опросная беседа может рассматриваться в аспекте возможного применения в оценке персонала.

Ключевые слова: беседа, кандидат, коммуникация, личность, наблюдение, обман, оценка персонала, опрос, профайлинг, характер

Введение

В настоящее время процедуры оценки персонала являются базовыми для многих аспектов кадровой работы, в частности: при приеме на работу (сильные и слабые стороны кандидата/сотрудника, возможные свойственные ему факторы риска: сокрытие автобиографических данных, проблемные увольнения, искажение резюме и анкетных данных и пр., наличие зависимостей, криминальная биография, скрытые корыстные мотивы и намерения при трудоустройстве, махинации на прошлых местах работы); прогнозирование поведения кандидата/сотрудника, условия адаптации и дезадаптации, а также вид деятельности, в котором человек будет максимально эффективным/неэффективным); при оценке, планировании и прогнозировании конкретных результатов деятельности отдельного кандидата/сотрудника; для минимизации возможных рисков, связанных с увольнением сотрудников (анализ риска при конфликтном увольнении); выявлении уровня лояльности и благонадежности работающих сотрудников. Также для специалистов, имеющих дело с

оценкой персонала, представляется практически важным решение проблемы установления истинности предоставленной человеком информации и какова основная цель передачи искажённой информации относительно реальной действительности. Важно установить именно то, что может знать только человек. Это касается не только выяснения намерений, мотивов, убеждений и установок. Самым трудным и сложным для обнаружения, является утаиваемое. Утаивается обычно то, что человек считает важным для себя – это одновременно и уяснение того, что представляется для него важным в тактическом и стратегическом аспектах. Вывод о ложности или правдивости сообщения основывается на анализе косвенных диагностических признаков в реакциях человека, сообщаемого информацию. Выявление скрываемого дает также материал для познания индивидуальных мотивов и планов. Эффективное проникновение у глубины индивидуального опыта, ведет к быстрому пониманию не только об общем облике личности, но и о своеобразных и оригинальных сторонах. Все это диктует задачу поиска психологиче-

ских способов воздействия, которые могли бы быть использованы для применения их в оценке персонала. Один из способов – использование опросной беседы для установления, утаиваемого путем вызывания потребности к сообщению. Основной характеристикой этого явления представляется само стремление человека к взаимодействию в особом его проявлении – тенденции к общению, которое служит основой контакта.

Профайлинг – это методика, которая позволяет быстро описать характерные особенности человека, его ценности, мотивы и убеждения, а также спрогнозировать его поведение в различных ситуациях. Профилирование человека осуществляется на основе комплексной оценки его вербального и невербального поведения.

Профайлинг в области оценки персонала представляет собой систему описания личности кандидата/сотрудника с прогнозированием его поведения в различных контекстах, также профилирование включает в себя установление правдивой, истинной информации, которую предоставляет человек. Методы профайлинга дают возможность использования отдельных автобиографических данных для анализа истории личности, где имеют место те факты и события, которые скрываются или утаиваются. А также оказывает существенную помощь в оценке деловых и личностных качеств кандидатов и работников, их благонадежности и лояльности, истинных мотивов и планов. Важность такой информации невозможно переоценить, поскольку она позволит уже в начале взаимодействия, четко понимать перспективы сотрудничества с тем или иным кандидатом/сотрудником.

Изучение психологических особенностей человека и оценка правдивости информации предоставляемой кандидатом/сотрудником осуществляется посредством метода структурированной опросной беседы. Беседа – это метод сбора фактов о психических явлениях в процессе личного общения. В данном случае этот метод применяется для изучения личности, поведения, получения дополнительных данных.

Специалисту, проводящему опрос, при получении сведений об отдельных фактах биографии, образе жизни, следует учитывать, что некоторые опрашиваемые, отчетливо представляют и осознают, что личность формируют социальные отношения и социальные ситуации, поэтому часто стремятся рассказать выгодный для себя материал, чтоб у специалиста сложилось благоприятное впечатление. Нередко человек, рассказывая о себе, не упускает случая, отвести внимание специалиста от «неприятных» для себя эпизодов. Опрашиваемый пытается искусственно формировать впечат-

ление о своих качествах путем повествования о своей особой судьбе. Так он намеренно конструирует неверное представление об окружающей его среде и тем самым стремится создать впечатление о своей персоне.

Материалы и методы

Для оценки кандидата/сотрудника нами была разработана структурированная опросная беседа, которая направлена на выявление психологических особенностей личности, а также установления достоверности информации, которую предоставляет кандидат/сотрудник, а также оценку факторов риска (алкоголь, наркотики, служебные нарушения, коммерческий подкуп, исполнительская дисциплина, коммерческая тайна, уголовные и административные преступления).

В данном случае под опросом понимается метод целенаправленного получения первичной вербальной информации путем опосредованного вопроса и очного (непосредственного) общения специалиста с опрашиваемым. Широкое использование этого метода обусловлено его универсальностью, легкостью применения и обработки данных. Опросной беседе должно предшествовать установление психологического контакта и доверительных отношений. Доверие позволяет установить тесный межличностный контакт с опрашиваемым. Собеседник должен быть уверен, что беседа приносит ему пользу. У человека должна сформироваться потребность поделиться мыслями, чувствами. Поэтому в начале опросной беседы рекомендуется задавать вопросы исключительно нейтральной или позитивной направленности. Беседа не должна носить обвинительную направленность, запрещено использование обвинений или жестких допросных методов в ходе беседы, но допускается использование провокационных вопросов. Опрос носит добровольный характер, у опрашиваемого есть право прекратить беседу в любой момент, когда он посчитает необходимым.

Опросная беседа состоит из следующих этапов:

1 этап. Вводный.

В начале опросной беседы, рекомендуется обсуждение какой-либо нейтральной темы, которая может быть легко поддержана и принята собеседником. Например: о предыдущих местах работы, какие трудности возникали, как складывались отношения с сотрудниками или руководителями, об увлечениях, хобби, целях в жизни и т.п. Задачи, которые специалист решает на данном этапе – это знакомство, создание зоны доверия, установления неясных правил лидерства специалиста, формирование рамки безопасности для опрашиваемого лица.

2 этап. Исследовательский.

Это самый большой и значимый этап опросной беседы, логическое продолжение беседы и одновременно подготовка перехода к следующей фазе. На данном этапе происходит предварительное изучение личности и выявление ее индивидуальных характеристик. Изложение истории жизни человеком может быть источником сведений об индивидуальных особенностях, планах и программ поведения и их реализации. Задачи данной части беседы – установление авторитета специалиста, диагностирование человека вне стресса, установление его базовой линии поведения, черт, присущих только данному индивиду и наиболее часто встречающиеся в его обыденном поведении, а также определение его невербальных реакций. Выделение этих показателей может дать приблизительный рисунок «среднего» поведения человека. В то же время в центре внимания специалиста должны находиться темы, где возможно возникнут отклоняющиеся реакции. На данном этапе используются нейтральные и контрольные вопросы.

Исследовательский этап опросной беседы (самый продолжительный по времени) имеет следующую структуру и включает в себя:

I. Общие данные.

II. Внешние признаки:

- 1) особенности лица;
- 2) рост, вес и телосложение;
- 3) движения, походка, осанка.

III. Жизненные сферы:

- 1) семья (внутрисемейные отношения: супруги, дети);
- 2) профессия и специальность;
- 3) проведение свободного времени;
- 4) материальные условия жизни (наличие квартиры, бюджет семьи, наличие кредитных или долговых обязательств и т.п.);

IV. Поведение.

- 1) преобладающее настроение;
- 2) особенности проявления эмоций и чувств;
- 3) проявление воли (способность к волевому усилию, длительному волевому напряжению);
- 4) поведение в сложной ситуации, стратегии преодоления стресса, эмоциональная устойчивость (способность успешно осуществлять необходимую деятельность (жизнедеятельность) в сложных условиях).

V. Темперамент и характер:

- 1) особенности нервной системы;
- 2) темперамент;
- 3) характер.

VI. Мотивация поведения:

- 1) доминирующие потребности;
- 2) ценности и установки.

VII. Социальная адаптация:

1) социальное окружение;

2) социальная адаптация;

3) самооценка.

VIII. Способности:

1) общие способности (соответствие свойств личности требованиям конкретной деятельности);

2) специальные способности.

3. *Основной этап (получение информации событиям и личном участии)*

Основной этап состоит из вопросов, которые сформулированы по определенным правилам и задаются человеку в определенной последовательности. В этой части беседы используются различные типы проверочных и провокативных вопросов. Провокативные вопросы направлены на отображение в большинстве своем, мимических, эмоциональных экспрессий у опрашиваемого лица. Очень важным является проблема предварительного подбора вопросов, направленных на диагностику скрываемых событий. Не рекомендуется задавать наводящие вопросы, которые содержат предположительные гипотезы специалиста. Невербальные реакции человека также отслеживаются и регистрируются. Наблюдая за опрашиваемым, делая выводы о честности человека, решая, принимать информацию за истинную или ложную, специалисту важно помнить, что эталоны правды и лжи сугубо индивидуальны.

Количественной оценке подлежат как вербальные ответы, так и невербальные реакции опрашиваемого лица. Вербальный ответ на каждый из вопросов проверочной темы, классифицируется как «прямой» или «уклончивый».

Перечень факторов риска:

ФР 1 – Алкоголь, наркотики (наличие злоупотреблений, случаи употребления на работе).

ФР 2 – Служебные нарушения (нарушения правил внутреннего распорядка, должностные нарушения).

ФР 3 – Коммерческий подкуп (использование служебной информации в целях получения личного скрытого дополнительного дохода).

ФР 4 – Исполнительская дисциплина (быстрота и точность выполнения поручений, распоряжений, решений, указаний руководителя).

ФР 5 – Коммерческая тайна (не разглашение информации, составляющей коммерческую тайну).

ФР 6 – Преступления уголовные и административные (наличие правонарушений, штрафов, долговых обязательств).

4. *Завершающий этап (беседа после опроса).*

На данном этапе фиксируются изменения физиологического и эмоционального состояния опрашиваемого.

5. Оценка физиологического состояния опрашиваемого.

Специалисту необходимо отметить: уменьшилось ли эмоциональное напряжение в процессе общения, произошла ли адаптация, остается ли опрашиваемый во взаимодействии со специалистом. Данный этап – это успешное завершение опроса, обеспечивающее благоприятную атмосферу в конце беседы; поддержание в случае необходимости контактов с опрашиваемым, составление резюме беседы.

Выставление балльной оценки по результатам опросной беседы происходит «традиционным способом обсчета». Ответ на каждый проективный и проверочный вопрос оценивается следующим образом: если и в вербальном и невербальном поведении опрашиваемого присутствуют признаки правдивого ответа, то оценка за вопрос будет +1 балл. Если и в вербальном, и в невербальном поведении присутствуют признаки намеренно скрываемой информации, то оценка за вопрос будет – 1 балл. Если в невербальном поведении отсутствуют признаки правды и скрываемой информации, оценка в +1/-1 балл выставляется на основании только вербальных признаков. Оценка в 0 баллов ставится, если ни в вербальном, ни в невербальном поведении не обнаружено явных признаков правды или скрываемой информации. Также 0 баллов выставляется, если вербальные и невербальные и признаки противоречат друг другу. Нейтральные и контрольные вопросы балльно не оцениваются. За ответы на вопросы после опросной беседы (завершающий этап) ставится только одна оценка по совокупности вербальных и невербальных признаков намеренно скрываемой информации. Оценка может быть +1, 0, -1 балл.

Литературный обзор

Различным аспектам профайлинга и профилирования посвящены исследования зарубежных специалистов (Backbier, Brougham, Ekman P., Friesen W.V., Mitchell, Gottman, McCoy, Coan, Collier, H.Scherer K.R., Zuckerman M., Udo Undeutsch, Lykken D.T., Jon Navarro, Hopper R, Raskin D.C., Sieswerda, Shepherd, Heywood, Walkley, Walters). Анализ отдельных его компонентов были предприняты такими российскими авторами (Алексеев Л.Г., Варламов В.А., Знаков В.В., Енгальчев В.Ф., Кравцова Г.К., Липпман О., Неверова Т.А., Пирожков В.Ф., Ратинов Р.А., Секацкий А.К., Симоненко С.И., Стернин И.А., Спирица Е., Филатов Л.Б., Филатов А., Холопова Е.Н., Холодный Ю.И., Щербатых Ю.В.) однако анализ отечественных публикаций показывает, что, не-

смотря на очевидную актуальность обсуждаемой темы, фундаментальных исследований в России недостаточно.

Результаты

С помощью профайлинга, в частности опросной беседы, можно составить психологический портрет человека, с целью прогнозирования соответствия кандидата / сотрудника предполагаемой должности, а также оценить правдивость предоставляемой данным человеком информации. Данный метод позволяет определить насколько кандидат/сотрудник может подходить под стандарты корпоративной культуры компании, установить истинность предоставленной кандидатом/сотрудником информации по факторам риска, а также составить первичное представление о благонадежности кандидата, возможных угрозах, связанных с поступлением на работу данного человека.

Обсуждение

Накопленный к настоящему времени достаточно большой объем публикаций, так или иначе касающихся темы профайлинга, говорит об увеличении научного интереса к этой теме. Однако, не смотря на актуальность данной темы, существует дефицит ее эмпирических исследований, особенно в области оценки кадров. Основная часть экспериментов, описанных в литературе принадлежит зарубежным ученым (Бакли, Бэббаер, Де Пауло, Инбау, Краусс, Мехрабиан, Митчелл, Фрай, Робинсон, Рид, Сенчак, Сисверд, Фризен, Шеферд, Хейвуд, Холланд, Удо Ундойч, Чарлз Хонтс, Экман) и направлена на выявление и распознавание обмана, понимание характера взаимосвязей между невербальным поведением и обманом, индивидуальных различий связанных с ложью.

Заключение

Таким образом, инструменты профайлинга являются эффективными и удобными для оценки кадров. Использование опросной беседы обеспечивает оперативное изучение характерологических особенностей личности кандидата/сотрудника, возможность оценить свойственные ему факторы риска. Наличие нескольких классов вопросов ведёт к получению более достоверной информации, а сочетание методики с анализом невербального поведения кандидата/сотрудника с другими средствами экспресс-диагностики, даёт возможность обнаружения намеренно скрываемой информации и отслеживания противоречий в предъявляемой человеком информации.

Литература

1. Варламов В.А., Варламов Г.В. Противодействие полиграфу и пути их нейтрализации. М., 2005. 192 с.
2. Иванова С.В. Искусство подбора персонала: Как оценить человека за час. М.: Альпина Бизнес Букс, 2004. 160 с.
3. Либерман Д. Чужая душа потемки? Как прочесть мысли любого человека. СПб.: Питер, 2012. 184 с.
4. Мизинцева М.Ф., Сардарян А.Р. Оценка персонала: учебник и практикум для бакалавров. М.: Издательство Юрайт, 2014. 378 с.
5. Наварро Д., Карлинс М.Я вижу, о чём вы думаете: пер. с англ. О.Г. Белошеев. Минск: «Попурри», 2009. 336 с.
6. Спирица Е. Вижу вас насквозь. Как «читать» людей. «Питер», 2017 192 с.
7. Филатов А. Психодиагностика. Как разбираться в людях и прогнозировать их поведение. Москва: Издательство АСТ, 2019. 416 с.
8. Фрай О. Детекция лжи и обмана. СПб., 2005. 320 с.
9. Экман П. Узнай лжеца по выражению лица. СПб.: Питер, 2014. 272 с.
10. Экман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. СПб.: Питер, 2014.

References

1. Varlamov V.A., Varlamov G.V. Protivodejstvie poligrafu i puti ih nejtralizacii. M., 2005. 192 s.
2. Ivanova S.V. Iskusstvo podbora personala: Kak ocenit' cheloveka za chas. M.: Al'pina Biznes Buks, 2004. 160 s.
3. Liberman D. CHuzhaya dusha potemki? Kak prochest' mysli lyubogo cheloveka. SPb.: Piter, 2012. 184 s.
4. Mizinceva M.F., Sardaryan A.R. Ocenka personala: uchebnik i praktikum dlya bakalavrov. M.: Izdatel'stvo YUrajt, 2014. 378 s.
5. Navarro D., Karlins M.YA vizhu, o chyom vy dumaete: per. s angl. O.G. Belosheev. Minsk: «Popurri», 2009. 336 s.
6. Spirica E. Vizhu vas naskvoz'. Kak «chitat'» lyudej. «Piter», 2017 192 s.
7. Filatov A. Psihodiagnostika. Kak razbirat'sya v lyudyah i prognozirovat' ih povedenie. Moskva: Izdatel'stvo AST, 2019. 416 s.
8. Fraj O. Detekciya lzhi i obmana. SPb., 2005. 320 s.
9. Ekman P. Uznaj lzheca po vyrazheniyu lica. SPb.: Piter, 2014. 272 s.
- Ekman P. Psihologiya emocij. YA znayu, chto ty chuvstvuesh'. SPb.: Piter, 2014.

**Artemyeva Zh.G., Candidate of Pedagogic Sciences (Ph.D.), Associate Professor,
Kokanov N.A., Senior Lecturer,
Chelyabinsk State University**

APPLICATION OF PROFILING IN PERSONNEL EVALUATION

Abstract: the paper discusses the method of personnel assessment using profiling. Candidate evaluation/employee is one of the most difficult tasks and problems in the personnel management system. The correctness of its decision depends not only on the effectiveness of the organization, but also on the state of the psychological health of the team. To solve this problem, the personnel assessment tools are being developed and improved. This paper offers a survey conversation as a tool that allows making a “profile” of a person, predict actions, understanding his motives and intentions, as well as evaluating the reliability of the presented information. In the field of personnel evaluation, profiling allows building an effective system for evaluating, planning and forecasting specific performance results; it is effective in planning an employee’s career, as it allows choosing the direction of development in which this person can be as successful and effective as possible. Currently, profiling has become more widely used and is actively used in cases where a quick assessment of the personality and its main characteristics is required for the application of this knowledge in order to build effective communication. The material presented in the paper can be considered in the aspect of possible application in interviews and surveys.

The aim of the study was to study the personal characteristics of the candidates/employees, assessment of the reliability of the information provided, through a survey conversation.

Methods: observation and interviewing are used as research methods.

Results: the results of the study showed that profiling is an effective method in evaluating personnel.

Conclusions: the use of profiling in the assessment of personnel allows making a detailed psychological portrait of a person based on a comprehensive assessment of his verbal and non-verbal behavior, in order to predict the candidate’s compliance with the proposed position, and also allows assessing the truthfulness of the information provided by a person. The interview can be considered in the aspect of possible application in the assessment of personnel.

Keywords: conversation, candidate, communication, personality, observation, deception, personnel evaluation, survey, profiling, character

*Кудрявцев В.А., кандидат психологических наук, доцент,
Тарадай Ю.М.,
Нижегородский государственный педагогический
университет им. Козьмы Минина» (Мининский университет)*

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ БУЛЛИНГОВОЙ ВИКТИМНОСТИ У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Аннотация: в рамках данной статьи обсуждаются результаты исследования, направленного на изучение склонности старших подростков с нарушениями функции слуха и подростков с нарушениями зрительной функции демонстрировать поведенческую модель жертвы в буллинговом тандеме «буллер – виктим» в зависимости от особенностей доминирующих в семье такого подростка стилей семейного воспитания. Были изучены особенности агрессивных и враждебных тенденций личности, склонность демонстрировать виктимные поведенческие модели, особенности личностного профиля, а также специфическая картина преобладающих в семьях старших подростков с сенсорными нарушениями стилей семейного воспитания. На основании полученных данных, нами была предложена теоретическая психолого-педагогическая модель профилактики буллинговой виктимности, основанной на принципе учета внутренних и внешних детерминирующих факторов, ведущих к возникновению данной поведенческой модели: особенностей личностного развития, опосредованных характерной для представителей изучаемых групп старших подростков структурой дефекта, а также специфических черт социальной ситуации развития подростка, выражающихся в ведущей воспитательной модели, преобладающей в группах обследованных родителей. Данная модель может быть реализована как в коллективах старших подростков, обучающихся в специальных образовательных учреждениях, так и на базе учреждений, осуществляющих продвижение идей инклюзивного образования.

Ключевые слова: буллинг, моббинг, подростки, сенсорные нарушения, виктимность, агрессивность, дезадаптивные стили, семейное воспитание

Проблема буллинга является сложным социально-психологическим явлением, охватывающим достаточно широкий спектр лиц, которые могут быть втянуты в данный процесс. Опираясь на данные, полученные в ходе анализа научной литературы, посвященной теме буллинга, мы можем прийти к выводу, что буллинг (от англ. «bully») являет собой модель поведения, демонстрируемую одним или группой лиц – агрессоров, которая включает в себя стремление нанести физическое и (или) моральное унижение объекту третирования (жертве) с целью декомпенсации психологического состояния субъекта, подверженного буллингу [1]. В свою очередь, понятие моббинг (англ. mobbing от mob – «толпа») основан на том же целевом основании, что и буллинг, но находит свое отличие в том, что субъекты-агрессоры осуществляют третирование выбранного ими субъекта(-ов)-жертвы коллективно [9].

На фоне всевозрастающей тенденции к внедрению в учебный процесс практики инклюзивного образования, проблема изучения явления буллинга и моббинга в детских и подростковых коллективах обретает высокую значимость. Ребенок и подросток с ОВЗ и инвалидностью обладает высоким потенциалом становиться жертвой буллинга по многим причинам, к которым можно отнести особенности соматического (специфика строения частей тела, речедвигательного и опорно-двигательного аппарата), а также психологическо-

го (вычурное поведение, трудности понимания аспектов социальных контекстов, наличие повышенной тревожности, конфликтность) развития [10]. Все это может привлечь внимание лиц, которые будут стремиться третировать такого индивида с целью самоактуализации.

Человеческая личность не может достигнуть максимально полного потенциала своего развития в отрыве от системы внутрисемейного воспитания, в рамках которой индивид постигает основы адаптивного социального поведения [3]. Потенциал успешного личностного развития детей и подростков с ОВЗ находит прямую зависимость от особенностей семейного воспитания, которое выражается в особенностях эмоциональных и когнитивных установок родителей по отношению к ребенку/ подростку [6].

В основу нашего экспериментального исследования легли представления о системной модели структуры буллинга в рамках которой данное явление рассматривается через призму представления вклада индивидуального личностного развития субъектов буллинга специфических особенностей макро- и микросоциальной ситуации их развития, психолого-педагогических предпосылок [5]. Целью исследования стало изучение зависимости тенденций возникновения у старшего подростка с сенсорными нарушениями поведенческой модели по типу «жертва» в буллинговом тандеме

(агрессор – виктим) от особенностей стиля семейного воспитания в семьях.

В исследовании приняло участие подростки (15-17 лет), обучающиеся с нарушениями слуха, нарушениями зрения и сочетанными сенсорными расстройствами, а также их родители. В качестве контрольной группы были привлечены обучающиеся с нормотипическим развитием, без выявленных отклонений в психофизическом развитии и их родители. В качестве основных методик исследования были выбраны:

1. Опросник исследования уровня агрессивности (А. Басс и А. Дарки) в русскоязычной адаптации А.А. Хван, Ю.А. Зайцев и Ю.А. Кузнецова, (определение агрессивных и враждебных тенденций у старших подростков).

2. Методика исследования склонности к виктимному поведению (МСВП). (О.О. Адронникова) – изучение потенциальной направленности подростка на реализацию разнообразных форм виктимного поведения.

3. Опросник Мини-Мульт (Сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня ММРП) в адаптации Ф.Б. Березина, М.П. Мирошникова (анализ особенностей личности и ее психических состояний).

4. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений». (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис) – выявление особенностей воспитательной модели, господствующей в той или иной семье.

Для объективизации результатов исследования, полученных в ходе сравнительного анализа, были использованы методы математической статистики: Коэффициент ранговой корреляции r_s Спирмена, Критерий ϕ^* – угловое преобразование Фишера.

Было установлено, что в выборке старших подростков с нормой психического развития преобладает высокий уровень вербальной агрессии (65%), тогда как в группе старших подростков с нарушениями функции слуха нет ни одного ответа, соответствующего высокому уровню данной характеристики, вместо этого в данной группе можно видеть преобладание таких характеристик, как обида (72%), подозрительность (54%) и чувство вины (36%), уровень выраженности которых соответствует высокой и очень высокой степени. В группе старших подростков с нарушениями зрения характеристикой, по которой было выявлено наибольшее число ответов, свидетельствующих о высоком уровне выраженности, являлась обида (50%), а ответы, характеризующиеся как очень высокий уровень выраженности признака, были получены по шкале раздражения (25%). Именно обида и подозрительность, сопряженные с недоверием к окружающим и достаточно высокими показателями враждебности обуславливают устойчивую тен-

денцию к агрессивным действиям и группированием со сверстниками, что свойственно феноменологии моббинга. Особенно выражена данная тенденция у подростков с нарушением слуха.

По итогам проведения и анализа результатов исследования склонности к виктимному поведению (О.О. Адронникова) в выборке старших подростков с нормой развития было установлено, что наиболее тенденциозно выраженной шкалой является «Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению». К основным факторам формирования такого поведения традиционно относят повышенный уровень личностной тревожности, систематически подавляемая агрессия, низкий уровень коммуникативной компетентности, страх социального отчуждения [7].

У подростков с нарушениями слуха, вектором смещения тенденций развития становится «Склонность к гиперсоциальному поведению». У подростков с нарушениями зрения данная шкала, по аналогичным показателям, выражена в два раза интенсивнее. Данная тенденция отражает стремление радикального отстранения от «нозогенных стигм», связанных со слабостью, беспомощностью, ограниченностью собственных возможностей. Для данной модели реагирования не свойственно уклонение или уход от конфликта, даже если ситуация достаточно стрессогенна.

По результатам опросника «Мини-мульт» установлено, что в контрольной группе обращает на себя высокий уровень по шкале «гипомания». Данный показатель практически в два раза превышает результаты подростков с сенсорными нарушениями, при этом в меньшей степени данный показатель выражен у подростков с нарушением зрения.

У подростков с нарушениями слуха была констатирована тенденция к выраженности шкал паранойяльности и шизоидности, что совершенно не отмечалось в контрольной группе. В соответствии со значениями данных шкал можно предположить высокую вероятность подростков данной группы к центрации на внутренних критериях, низкой способности к интуитивному пониманию окружающих, к эмпатии и адекватному эмоциональному реагированию.

Подростки с нарушениями зрения, по показателям шкалы психопатия значительно превосходят группы сравнения (выраженное повышение шкалы в данной группе у 9% испытуемых, в группах сравнения превышений не выявлено) чего в предыдущих двух выборках зафиксировано не было. Данный факт свидетельствует о более выраженной тенденции подростков с нарушениями зрения к конфликтности, пренебрежению нормами

и ограничениями, протестному поведению, обидчивости, эгоцентризму.

Анализ групповых профилей системы стилей семейного воспитания показал, что родители подростков с нормой развития наиболее склонны демонстрировать гармоничные стили воспитания, однако, можно отметить присутствующие в выборке акцентированные стили по таким типам, как «Минимальность санкций» (29%) и «Недостаточность требований-запретов к ребёнку» (24%). В ситуации с семьями, воспитывающими подростков с нарушенной слуховой функцией отмечается, характерная для половины (50%) обследованной группы родителей, гиперпротекция по отношению к ребёнку, тогда как родители подростков с нарушениями зрения склонны к фобическим переживаниям на почве страха потери ребёнка (60%).

Таким образом, по итогам проведённого исследования было установлено, что показатель агрессивности превалирует в контрольной группе, которую составили подростки, не имеющие отклонений в развитии и составляет 90%, тогда как в обеих экспериментальных выборках данный показатель по результатам сравнения оказался ниже – 68% в группе старших подростков с нарушениями слуха и 58% в группе старших подростков с нарушенной зрительной функцией ($p \leq 0,01$), однако, говоря о показателе враждебности, необходимо отметить его преобладающий высокий уровень именно в экспериментальных группах, составленных подростками с нарушениями слуха и зрения – 100% и 92% ($p \leq 0,01$) соответственно, что следует понимать как превалирование у них пассивных форм дезадаптивного поведения. Результаты исследования виктимности показали отсутствие превышения нормального уровня реализованной виктимности как среди контрольной, так и среди экспериментальных выборок ($p < 0,05$). Данный факт говорит об отсутствии зависимости между наличием или отсутствием у подростков нарушений со стороны сенсорных систем и склонностью к виктимному поведению.

Работа, проведённая с целью выявления дезадаптивных стилей семейного воспитания, показала, что склонность к демонстрации подобных стилей в наибольшей степени характерна именно для родителей, составивших экспериментальные группы. Так для родителей подростков с нормой развития дисгармоничность реализуемых стилей семейного воспитания характерна только в 53% случаев, тогда как в семьях, воспитывающих подростков с нарушениями слуховой функции этот показатель составил 63%, в семьях, где воспитывается подросток с нарушениями зрения, был зафиксирован рекордный показатель, составивший 100%. Несмотря на это, необходимо отметить, что

даже при условии наличия сочетаний отдельных маркеров дезадаптивных стилей, устойчивых сочетаний стилей, которые бы делали возможным отнесение реализуемых семьями стилей воспитания к негармоничным, зафиксировано не было ($p < 0,05$).

На основании данных экспериментальных исследований была разработана профилактическая программа, направленная на формирование адаптивного поведения, навыков успешного самоанализа, эффективных приемов преодоления ситуации личностной фрустрации, гармонизацию системы внутрисемейных отношений подростка.

Данная программа основана на системе комплексного подхода к проблеме буллинга, отраженной в программе предотвращения травли Дэна Ольвеуса [11], исследованиях Виолетты Рубеновны Петросянц [8] и практическом опыте Натальи Сергеевны Бобровниковой [2]. Содержательный контент программы представляет собой систему последовательных блоков:

1 блок «Ценностно-смысловой компонент личности» – направлен на формирование у старших подростков с сенсорными нарушениями адекватной, позитивной Я-концепции.

2 блок «Когнитивный компонент личности» – направлен на осознание имеющихся трудностей и непродуктивности собственной поведенческой модели, а также обучить способам и средствам их успешного преодоления.

3 блок «Регуляторный компонент личности» – направлен на осознание необходимости нести ответственность за собственное поведение, а также критическое отношение к событиям и явлениям, происходящим, как в окружающей среде, так и в собственной личности.

4 блок «Конативный компонент личности» – направлен на формирование адекватных навыков успешного преодоления склонности к агрессивным проявлениям собственной личности, развитие форм адаптивного поведения.

5 блок «Эмоциональный компонент личности» – направлен на реновацию системы ценностных установок личности подростка и выработка форм успешного совладающего поведения в ситуации переживания негативных эффектов фрустрации, а также техник борьбы с чувством вины.

Данная теоретическая модель может стать основой превентивного воздействия на комплекс внешних и внутренних факторов, потенциально ведущих к развитию у подростков агрессивных и виктимогенных черт личности, повышающих риск их интеграции в такое социальное явление деструктивного характера как буллинг и моббинг в качестве жертвы.

Литература

1. Ахметшина И.А., Лосева А.А. Социально-педагогические аспекты профилактики школьного буллинга в условиях инклюзивного образования // Проблемы современного педагогического образования. 2019. № 3. С. 16 – 19.
2. Бобровникова Н.С. Профилактика буллинга в образовательной среде // Молодой ученый. 2016. № 12. С. 759 – 761.
3. Воликова С.В., Калинкина Е.А. Детско-родительские отношения как фактор школьного буллинга // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 4. С. 138 – 161.
4. Гринина Е.С., Рудзинская Т.Ф. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Известия Саратовского университета. Новая серия. Акмеология образования. Психология развития. 2016. Т. 5. № 2. С. 163 – 168.
5. Гулманова С.В., Коновалова М.Д. Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с РАС: практический опыт // Качество современного образования: опыт, тенденции развития: сборник научных трудов Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (18 февраля 2016 г.) / Саратовский областной институт развития образования; отв. ред. И.М. Ильковский. Саратов, 2016. С. 105 – 110.
6. Игнатъева К.В., Кухарчук О.В. Особенности семей, воспитывающих дошкольников с расстройствами аутистического спектра // Реабилитация, абилитация и социализация: сборник научных трудов / отв. ред. О.Е. Нестерова, Р.М. Шамионов, Е.С. Пяткина, Л.В. Шипова, М.Д. Коновалова. М.: Издательство «Перо». 2016. С. 132 – 143.
7. Кудрявцев В.А., Тарадай Ю.М. Деадаптивные стили семейного воспитания, как фактор буллинговой и моббинговой виктимности // Проблемы современного педагогического образования: сборник научных трудов / Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского; отв.ред. А.В. Глузманов. Ялта: РИО ГПА. 2020. Вып. 69. Ч. 1. С. 361 – 363.
8. Петросянц В.Р. Проблема буллинга в современной образовательной среде // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2011. № 6. С. 151 – 154.
9. Руланн Э. Как остановить школьную травлю: психология моббинга. М.: Генезис. 2012. 64 с.
10. Сергеев А.А., Шиндряев С.О. Риски возникновения буллинга в школе с инклюзивным образованием // Учебный год. 2019. № 3. С. 66 – 68.
11. Olweus D. Bullying at school: what we know and what we can do. Oxford: Blackwell Publishers. 1994. 135 p.

References

1. Ahmetshina I.A., Loseva A.A. Social'no-pedagogicheskie aspekty profilaktiki shkol'nogo bullinga v usloviyah inkluzivnogo obrazovaniya. Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya. 2019. № 3. S. 16 – 19.
2. Bobrovnikova N.S. Profilaktika bullinga v obrazovatel'noj srede. Molodoy uchenyj. 2016. № 12. S. 759 – 761.
3. Volikova S.V., Kalinkina E.A. Detsko-roditel'skie otnosheniya kak faktor shkol'nogo bulling. Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya. 2015. № 4. S. 138 – 161.
4. Grinina E.S., Rudzinskaya T.F. Osobennosti detsko-roditel'skih otnoshenij v sem'yah, vospityvayushchih rebenka s ograniченными возможностями здоровья. Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Akmeologiya obrazovaniya. Psihologiya razvitiya. 2016. T. 5. № 2. S. 163 – 168.
5. Gulmanova S.V., Konovalova M.D. Psihologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie semej, vospityvayushchih detej s RAS: prakticheskij opyt. Kachestvo sovremennogo obrazovaniya: opyt, tendencii razvitiya: sbornik nauchnyh trudov Mezhregional'noj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem (18 fevralya 2016 g.). Saratovskij oblastnoj institut razvitiya obrazovaniya; отв. red. I.M. Il'kovskij. Saratov, 2016. S. 105 – 110.
6. Ignat'eva K.V., Kuharchuk O.V. Osobennosti semej, vospityvayushchih doshkol'nikov s rasstrojstvami autisticheskogo spectra. Reabilitaciya, abilitaciya i socializaciya: sbornik nauchnyh trudov. отв. red. O.E. Nesterova, R.M. SHamionov, E.S. Pyatkina, L.V. SHipova, M.D. Konovalova. M.: Izdatel'stvo «Pero». 2016. S. 132 – 143.
7. Kudryavcev V.A., Taradaj YU.M. Deadaptivnye stili semejnogo vospitaniya, kak faktor bullingovoj i mobbingovoj viktимности. Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya: sbornik nauchnyh trudov. Krymskij federal'nyj universitet im. V.I. Vernadskogo; отв.red. A.V. Gluzmanov. YAlta: RIO GPA. 2020. Vyp. 69. CH. 1. S. 361 – 363.
8. Petrosyanc V.R. Problema bullinga v sovremennoj obrazovatel'noj srede. Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. 2011. № 6. S. 151 – 154.

9. Rulann E. Kak ostanovit' shkol'nuyu travlyu: psihologiya mobbinga. M.: Genezis. 2012. 64 s.
10. Sergeev A.A., SHindryaev S.O. Riski vzniknoveniya bullinga v shkole s inkluzivnym obrazovaniem. Uchebnyj god. 2019. № 3. S. 66 – 68.
11. Olweus D. Bullying at school: what we know and what we can do. Oxford: Blackwell Publishers. 1994. 135 p.

*Kudryavtsev V.A., Candidate of Psychological Sciences (Ph.D.), Associate Professor,
Taraday Yu.M.,
Nizhny Novgorod State Pedagogical University
named after Kozma Minin (Minin University)*

RESEARCH OF PECULIARITIES OF VICTIMNESS IN CONSEQUENCE OF BULLYING IN ADOLESCENTS WITH SENSORY DISORDERS

Abstract: this article is devoted to the results of a research aimed at studying the tendency of adolescents with hearing impairments and visual impairments to demonstrate a victim's behavioral model in a bullying tandem «buller-victim», depending on the characteristics of family parenting styles which are dominant in adolescent's families. We studied the features of aggressive and hostile personality tendencies, the tendency to demonstrate victimized behavioral models, the characteristics of the personality profile and specific styles of family education prevailing in the families of adolescents with sensory impairments. Founding on acquired information, we proposed a theoretical psychological and pedagogical model for the prevention of victimization in consequence of bullying, which is based on the principle of paying attention to internal and external determining factors leading to the emergence of this behavioral model: the characteristics of personal development mediated by the structure of the defect typical for the studied group of adolescents, and also specific features of the social situation of adolescent's development which express in the leading educational system, prevailing in the surveyed group of parents. This model can be implemented in groups of adolescents who is studying in special educational institutions, as well as in institutions which promoting the ideas of inclusive education.

Keywords: bullying, mobbing, teenagers, sensory disorders, victimization, aggressiveness, maladaptive styles, family education

*Тимофеева Ю.Н., аспирант,
Иркутский государственный медицинский университет*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АДАПТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ, ОБУЧАЕМЫХ НА РАЗЛИЧНОЙ ФИНАНСОВОЙ ОСНОВЕ

Аннотация: статья посвящена сравнительному исследованию адаптивности личности студентов медицинского вуза, обучаемых на бюджетной, коммерческой основе и по целевому направлению. Рассмотрены особенности обучения на различной финансовой основе. Раскрывается понятие адаптивности личности. Согласно результатам эмпирического исследования статистически достоверные различия в показателях адаптивности выявлены у студентов 1 курса (год набора – 2019). Подобных различий не обнаружено у студентов-медиков, обучающихся на 2-6 курсах (год поступления 2018 и ранее). Наиболее выраженной дефицитностью в структуре адаптивности личности обладают студенты, обучаемые по целевому направлению. Студенты-бюджетники демонстрируют средние значения по всем компонентам адаптивности. Наиболее сильную адаптивность с чертами автономноориентированной личности имеют студенты, обучаемые на коммерческой основе. Автор связывает наличие значимых различий в структуре адаптивности личности студентов-медиков 1 курса с особенностями их обучения, в частности, выраженная дефицитность в структуре адаптивности студентов – целевиков может быть связана с особенностями их договора с вузом, где с 2019 года условия ответственности со стороны студента значительно ужесточаются.

Ключевые слова: адаптация, адаптивность личности, целевое направление, бюджетное направление, коммерческая основа, медицинский вуз

Введение в проблему

Профессия медицинского работника актуальна и востребована на сегодняшнем рынке труда как никогда. Высшее медицинское образование является одним из наиболее ресурсозатратных как для студента, так и для образовательного учреждения, его предоставляющего.

На сегодняшний день студенты имеют возможность получить высшее профессиональное образование в российских медицинских вузах на бюджетной, коммерческой основе или по целевому направлению.

Поступление на бюджетную основу предполагает наличие высоких баллов ЕГЭ, что свидетельствует не только об интеллектуальном потенциале абитуриента, но и серьезной его довузовской подготовке в специализированных школах, учреждениях дополнительного образования, работе с репетиторами. Подобная подготовка к поступлению в вуз доступна далеко не всем абитуриентам, особенно проживающим в небольших населенных пунктах. Обучение на бюджетной основе наиболее привлекательно для всех поступающих в вуз, поскольку такая форма не предполагает ни финансовой ответственности в процессе обучения, ни каких-либо обязательств относительно будущего трудоустройства.

При обучении на коммерческой основе вуз предоставляет образовательные услуги на основе финансового договора. При этом предъявляемые требования к баллам ЕГЭ значительно ниже нежели для обучения на бюджете, поэтому такая форма получения образования доступна абитуриентам, не

обладающим высоким уровнем базовых знаний, но имеющим финансовые ресурсы для оплаты учебы.

Наиболее перспективным направлением предоставления медицинского образования, с точки зрения обеспечения регионального рынка труда квалифицированным медперсоналом, является обучение студентов по целевому направлению. Правительством акцентируется потребность регионов в качественном медобслуживании в полном объеме. В рамках реализации такой задачи, с текущего учебного года контрольные цифры набора обучающихся за счет федерального бюджета значительно увеличены в пользу целевого обучения [4].

Такой вид образовательных услуг открывает огромные перспективы для абитуриентов, проживающих в небольших городах, сельской местности, предоставляя им реальные возможности получения высококвалифицированной специальности без материальных вложений и без наличия высоких баллов ЕГЭ. Вместе с тем, постановление Правительства РФ от 21.03.2019 N 302 “О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования...” строго регламентирует права и обязанности сторон, заключивших договор о целевом обучении. “Гражданин в случае неисполнения обязательств по освоению образовательной программы и (или) по осуществлению трудовой деятельности в течение не менее 3 лет в соответствии с полученной квалификацией возмещает заказчику расходы, связанные с предоставлением мер поддержки гражданину...” [3].

То есть в случае отчисления студента-целевика по причине его академической неуспеваемости, он обязан вернуть государству все средства, потраченные на его обучение. Подобная ответственность, безусловно, оказывает психологическое давление на студентов, не имеющих ни материальных, ни финансовых ресурсов для обеспечения своей независимости.

Одним из важнейших факторов, влияющих на успешное вливание студента в вузовскую среду, его профессиональное и личностное становление является социально-психологическая адаптация, адекватность протекания которой во многом зависит от ряда индивидуально-личностных характеристик, определяющих адаптивность личности.

Адаптивность понимается нами как интегративное свойство человека, определяющее его способность к успешному приспособлению в социуме. Это некий личностный ресурс, позволяющий преодолевать стрессовые состояния, сложные жизненные ситуации и приспосабливаться к меняющимся окружающим условиям.

Цель. Сравнение адаптивности личности студентов медицинского вуза, обучающихся на различной финансовой основе (бюджетная, коммерческая, целевая) на всех курсах обучения.

Объект исследования – адаптивность личности студентов медицинского вуза.

Гипотеза. Существует разница в уровне адаптивности личности у студентов, обучающихся на различной финансовой основе (бюджетная, коммерческая, по целевому направлению).

Методы

В нашем исследовании применены 2 методики:

1) методика Колпаковой Л.М., направленная на

диагностику адаптивного отношения личности к трудным ситуациям посредством анализа четырех компонентов адаптивности – когнитивно-эмоционального, рефлексивно-оценочного, мотивационно-смыслового и поведенческого [1]; 2) методика А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, выявляющая адаптивные способности личности через анализ таких индивидуально-психологических характеристик как нервно-психическая устойчивость, коммуникативные способности и моральная нормативность [2].

Всего в исследовании приняли участие 294 студента 1-6 курсов лечебного факультета Иркутского государственного медицинского университета. Исследование проводилось в период окончания ими семестра и подготовки к зимней сессии (декабрь 2019 г.).

Для определения достоверных различий в показателях адаптивности личности студентов всех курсов, обучающихся на различной финансовой основе, был проведен анализ результатов, с использованием H – критерия Крускала – Уоллиса.

Статистически значимых различий в показателях адаптивности личности студентов, обучающихся на различной финансовой основе (коммерческой, бюджетной, по целевой квоте) не выявлено среди студентов 2, 3, 4, 5, 6 курсов (год поступления 2018 и ранее).

У студентов 1 курса (год поступления – 2019), обучаемых на различной финансовой основе, достоверные различия в компонентах адаптивности выявлены в 8 шкалах из 12, эти различия отражены в табл. 1.

Таблица 1

Компоненты адаптивности	средние значения			H	p
	бюджетники	коммерция	целевики		
	N – 29	N – 48	N – 44		
Неготовность к изменению стереотипа презентации	32	30	34	10.55567	0.005
Невротичность	38	37	41	6.86564	0.03
Неготовность принять неудачу	42	42	46	16.45859	0.0003
Зависимость от внешних установок	41	37	43	12.44884	0.002
Позитивизм	34	32	35	7.36807	0.02
Дефицит поведенческой мобильности	35	31	37	12.98801	0.001
Доминирование	42	40	45	12.49961	0.001
Моральная нормативность	7,7	8,6	6,7	10.6882	0.005

Согласно полученным данным, такой компонент адаптивности как неготовность к изменению стереотипа презентации сильнее всего выражен у студентов-целевиков ($p = 0.005$). Это свидетельствует о том, что эта группа респондентов более

других испытывает страх стигматизации, социальной оценки, их поведение ориентировано не на собственные внутренние установки, а на соответствие социальному ожиданию. Самый низкий уровень данного параметра обнаружен у студентов,

обучающихся на коммерческой основе, что говорит об их выраженной способности находить нестандартные выходы из сложных ситуаций вопреки социальным стереотипам.

Невротичность также наиболее высока у студентов, обучающихся по целевому направлению ($p = 0.03$). Для этой группы типичны проявления страха перед жизненными изменениями, слабо выражена способность осознанно регулировать свое состояние. Коммерческие студенты, напротив, имеют самые низкие показатели, они наиболее эмоционально устойчивы, способны к адекватному копинг-поведению.

Наибольшую неготовность принять неудачу демонстрируют студенты – целевики ($p = 0.0003$), это говорит об их склонности к уходу от проблем, нарушению критичности, неадекватности в восприятии реальности. Студенты, обучаемые на коммерческой и бюджетной основе имеют более низкие результаты, свидетельствующие об их способности к адекватному осмыслению случившегося, готовности решать жизненные задачи с учетом произошедших изменений.

Зависимость от внешних установок более всего выражена у целевиков, менее всего – у студентов, обучающихся на коммерческой основе ($p = 0.002$). Для студентов-целевиков характерно отсутствие внутренней свободы, конформность, обостренное чувство ответственности, социориентированное поведение. Коммерческие студенты, напротив, склонны к автономности, способны оставаться самими собой в любой ситуации.

По такому параметру адаптивности как позитивизм студенты, обучающиеся на коммерческой основе имеют наименее выраженные показатели, более всего присущ позитивизм студентам, обучающимся по целевой квоте ($p = 0.02$), они больше других склонны к рассудительности, умению планировать будущее, ориентированы на благоприятный исход событий.

Дефицит поведенческой мобильности ярче всего выражен у целевиков ($p = 0.001$), для них характерна неосознанная презентация собственной неуспешности, неорганизованности, непоследовательности в поступках. У коммерческих студентов выявлены наименьшие показатели по этому параметру, это говорит об их способности к гибкому поведению, к использованию различных вариантов поведенческих стратегий.

Доминирование также более всего присуще студентам-целевикам и наименее выражено у коммерческих студентов ($p = 0.001$). Для целевиков свойственна проблема принятия чужого превосходства, типично наличие психзащит, когда размышления о чужих слабостях ограждают от мыслей о собственных недостатках. Коммерческие

студенты, напротив, способны к групповой идентификации, сохраняя при этом собственное я, они готовы принять и понять как свои, так и чужие недостатки и достоинства.

Уровень моральной нормативности наиболее высок у студентов, обучаемых на коммерческой основе ($p = 0.005$), они больше других склонны к соблюдению социальных норм, к адекватной самооценке в коллективе. Самые низкие показатели этого параметра имеют студенты, обучаемые по целевому направлению, они менее других готовы ориентироваться на общепринятые правила, допускают для себя несоответствующее нормам поведение.

Выводы и заключения

Таким образом мы можем сделать вывод, что не существует статистически значимых различий между адаптивностью личности студентов 2-6 курсов (год набора 2018 и ранее), обучаемых на различной финансовой основе (бюджетники, целевики, коммерция).

У студентов 1 курса (год поступления – 2019), обучаемых на различной финансовой основе, обнаружены достоверные различия в большинстве компонентов адаптивности личности. Наибольшая дефицитарность структуры адаптивности с преобладающими социоориентированными характеристиками личности выявлена у студентов, обучаемых по целевому направлению. Эта группа респондентов более других склонна к проявлениям невротичности, страху несоответствия и зависимости от социального мнения. Мы связываем подобные реакции с особенностью их обучения и обязательствами целевого договора, актуализированными именно в год поступления этой группы студентов. Подобная ответственность негативно сказывается на психологическом состоянии студентов-целевиков, приводя к негативным поведенческим реакциям.

Студенты, обучаемые на бюджетной основе являются более адаптированными, но многие компоненты адаптивности также выражены довольно слабо. Мы объясняем такие результаты излишним перфекционизмом и боязнью утратить лидирующие позиции самых сильных, завоеванные ими в школе, нивелировать достигнутые успехи в новой учебной и социальной деятельности.

Наиболее гармонично развитую адаптивность автономноориентированной личности демонстрируют студенты, обучаемые на коммерческой основе. Данная группа респондентов проявляет себя независимостью от чужого мнения, уверенностью в себе. Вероятно, подобные реакции связаны с тем, что эти студенты не имеют значительных личных моральных и финансовых обременений, во многом ответственность они могут разделить с

родителями, что значительно облегчает их психологическое состояние.

Таким образом результаты исследования подтверждают наличие различий в структуре адаптивности личности студентов, обучаемых на различной финансовой основе с 2019 года и позволя-

ют констатировать, что наибольшей ее дефицитностью обладают студенты, обучаемые по целевой квоте, более других нуждающиеся в психологическом сопровождении как минимум на начальном этапе обучения.

Литература

1. Колпакова Л.М. Методика диагностики адаптивного отношения к трудным ситуациям // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. Научное изд.: Кол. монография / Под общей ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной; Моск. гор. психолого-пед. ун-т; Науч. центр психич. Здоровья РАМН; Моск. НИИ психиатрии. М., 2011. С. 247 – 258.

2. Маклаков А.Г. Общая психология: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2008. 583 с.

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 21.03.2019 № 302 "О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076" [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201903220010> (дата обращения: 03.03.2021)

4. Распоряжение от 28 ноября 2020 года №3161-р [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://government.ru/news/41000/> (дата обращения: 03.03.2021)

References

1. Kolpakova L.M. Metodika diagnostiki adaptivnogo otnosheniya k trudnym situaciyam. Diagnostika v medicinskoj psihologii: tradicii i perspektivy. Nauchnoe izd.: Kol. Monografiya. Pod obshchej red. N.V. Zverevoj, I.F. Roshchinov; Mosk. gor. psihologo-ped. un-t; Nauch. centr psihich. Zdorov'ya RAMN; Mosk. NII psihiatrii. M., 2011. S. 247 – 258.

2. Maklakov A.G. Obshchaya psihologiya: uchebnik dlya vuzov. SPb.: Piter, 2008. 583 s.

3. Postanovlenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 21.03.2019 № 302 "O celevom obuchenii po obrazovatel'nym programmam srednego professional'nogo i vysshego obrazovaniya i priznanii utrativshim silu postanovleniya Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 27 noyabrya 2013 g. № 1076" [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201903220010> (data obrashcheniya: 03.03.2021)

4. Rasporyazhenie ot 28 noyabrya 2020 goda №3161-r [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <http://government.ru/news/41000/> (data obrashcheniya: 03.03.2021)

*Timofeeva Yu.N., Postgraduate,
Irkutsk State Medical University*

COMPARATIVE ANALYSIS OF PERSONAL ADAPTABILITY OF MEDICAL STUDENTS TRAINED ON DIFFERENT FINANCIAL BASIS

Abstract: the article is devoted to a comparative study of the personal adaptability of medical students having different financial basis of training (employer-sponsored, state-subsidized, commercial). The peculiarities of different financial basis of training are considered. The concept of personal adaptability is revealed. According to the results of an empirical study, statistically significant differences in adaptability indicators were found among 1st year students (admission year - 2019). Such differences were not found among 2-6 course medical students (admission year 2018 and earlier). The most significant deficiency in the structure of personal adaptability is possessed by employer-sponsored students. State-subsidized students have average level of adaptability indicators. Commercial students have the strongest adaptability with autonomous personality traits. The author connects the presence of significant differences in the structure of the personal adaptability of 1st year medical students with the peculiarities of their training basis, in particular the remarkable deficiency in the structure of the adaptability of employer-sponsored students can be associated with the peculiarities of their agreement with the university, where, since 2019, the conditions of student responsibility became significantly tougher.

Keywords: adaptation, personal adaptability, employer-sponsored, state-subsidized, commercial, medical university

*Алёхина А.В., аспирант, главный специалист,
Таврическая академия,
Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского*

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НЕГАТИВНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ШАХМАТНОЙ ИГРЕ

Аннотация: в статье приводятся результаты сравнительного исследования реакций детей разного возраста на проигрыш и потерю фигур в шахматной игре. В первой части статьи рассматриваются факторы, влияющие на адекватность восприятия ребёнком сложной игровой ситуации и на сохранение мотивации игры в шахматы после проигрыша. В проведенном исследовании с помощью методов наблюдения и беседы были описаны различные реакции на проигрыш и потерю фигур детей разного возраста с различным шахматным стажем: сохранение хорошего настроения игрока, желание продолжать заниматься шахматами. Было выделено несколько групп детей в зависимости от направленности их мотивации: дети, которых заставили родители; дети с заниженной самооценкой, мнительные, эгоистичные; дети с нормальной самооценкой, которые приходят на урок шахмат, чтобы приятно провести время, поболтать с друзьями; способные дети с высокой мотивацией; профессионалы. Дана краткая характеристика каждой из этих групп.

Ключевые слова: психологическая подготовка, шахматная игра, дошкольник, младший школьник, эмоциональная сфера, проигрыш, мотивация

Введение

Вызывает интерес проблема освоения стратегических основ и тактических приемов шахматной игры начинающих шахматистов – детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста как проявляющих наиболее яркие негативные реакции к неудачным ходам и к проигрышу в шахматной игре, а также к шахматным угрозам со стороны партнера по игре. Вместе с тем ограниченность возможностей детей сознательно управлять своими эмоциями и вниманием определяет необходимость обязательного применения психологических методов с целью формирования здорового отношения к неудачам и проигрышу в шахматной игре.

Постановка проблемы

Существует множество способов обучения игре в шахматы. На данный момент созданы различные методики освоения ребёнком любого возраста, начиная с дошкольного возраста, стратегических основ и тактических приёмов шахматной игры с учётом возрастных особенностей психологического развития. Подбираются специальные игровые методики, а также методы объяснения основ шахматной игры с помощью ассоциативного мышления, сказок, логических, математических игр с использованием шахматных фигур [13, с. 5-7].

Тактика – это часть шахматной теории, которая изучает способы и приёмы завоевания и реализации динамического преимущества. Стратегия – важнейшая, основная часть шахматной теории, которая определяет принципы, приёмы и методы борьбы. Методами стратегической борьбы являются атака, защита и маневрирование [5, с. 5, 13].

Разные авторы уделяют особое внимание обучению тактике и стратегии шахматной игры, одна-

ко анализ литературных источников показал, что не уделяется внимание повышению качества психологической работе с ребёнком в таких сложных детских проблемах, как страх проигрыша, страх потери фигур, страх неудачного хода, определённая ранимость, восприимчивость детей такого возраста.

Цель статьи: определить критерии сходства и различия детей, наиболее подверженных негативным реакциям на проигрыш в шахматной игре (возраст, стаж, особенности характера или отношений в семье), обосновать необходимость психологической подготовки детей, определить способы коррекции негативных реакций в процессе шахматной игры для сохранения их игровой мотивации, развития самоконтроля, волевой регуляции, способности управления эмоциями.

Изложение основного материала

Психология – неотъемлемая часть шахмат. В партии (в турнире, матче) побеждает не только тот, кто сильнее, но и тот, кто более устойчив психологически. Серьёзные занятия психологической подготовкой поднимают результаты шахматиста минимум на 20%. Если юный шахматист ориентируется только на результат, а не нацелен на процесс, то это серьёзно мешает ему при игре. Шахматист, который хочет прогрессировать, наряду с занятием теорией, участием в турнирах, должен работать над своим внутренним состоянием.

Устойчивость характера, по мнению Н.В. Крогиуса, проявляется в отношении к неудачам. Известны три типа реакций на неудачи: 1) пассивная, с последующим снижением энергии 2) спокойная, уравновешенная 3) повышено активная, «реваншистская». Успех сопутствует тем, кто критично и объективно оценивает причины своих не-

удач и в кратчайший срок преодолевает свои негативные эмоции, пассивность или чрезмерную агрессивность. Начиная шахматист обычно возлагает надежды на первый кризис борьбы в партии и, не добившись немедленного успеха «опускает» руки. [9, с. 34] Эффективной является установка на то, что умение бороться до конца, интуитивно и инициативно искать «свои шансы» в любой ситуации, приходит с опытом. Выдержка и самообладание воспитываются в процессе. Некоторые тренеры используют эвристический метод: на занятиях создают проблемную ситуацию, предлагая решить шахматную задачу, затем организуют коллективное обсуждение возможных подходов к ее решению. Обучаемые, основываясь на прежнем опыте и знаниях, высказывают предположения о путях решения задачи, обобщают ранее приобретенные знания, выявляют причины явлений, объясняют их происхождение, выбирают наиболее рациональный вариант решения задачи. Такие упражнения развивают культуру и дисциплину мышления юных шахматистов.

На тренировочных занятиях начинающему шахматисту особенно необходимы психологическая поддержка и учет индивидуальных особенностей. Педагог обладает исключительной возможностью целенаправленно влиять на развитие процессов памяти, внимания, мышления, помогая ученику полностью реализоваться как профессиональному шахматисту, учитывая индивидуальные особенности детей. Важно также обучать детей проигрывать.

Большая роль в психологической подготовке юного шахматиста отводится родителям, которые могут помочь своему ребенку научиться побеждать и, в идеале, влияют определенным образом:

- формируют уверенность ребёнка в том, что в случае ошибки или проигрыша его не станут меньше любить – наоборот, мама с папой будут продолжать гордиться им именно потому, что он не сдался, продолжил борьбу, несмотря, на проигрыш;

- поддерживают мотивацию к победе, сохраняют благожелательность в общении с ребёнком;

- проводят шахматные партии с ребёнком и осознанно чередуют успехи и неудачи ребёнка, не поддаваясь ему всякий раз, например, во время его «зевка» дают возможность спокойно переходить, что наверняка вызовет благодарность ребёнка;

- оказывают поддержку в ситуациях, когда ребенок объективно неуспешен и хвалят, когда он успешен;

- поощряют уважительное отношение к сопернику, как к слабому, так и к сильному, объясняют, почему не следует высмеивать проигравшего соперника («проиграв, ты можешь услышать эти же

слова в свой адрес, и вряд ли тебе это понравится» [12, с. 3].

Причины острого реагирования детей на неудачи связаны как с возрастными психологическими особенностями ребенка, так и со стилем воспитания, которого придерживаются в семье. Среди множества причин особо выделяются:

- особенности самооценки: у многих детей дошкольного и младшего школьного возраста самооценка является завышенной или заниженной;

- зависимость от похвалы: чрезмерное захваливание ребенка, что впоследствии приводит к тому, что ребёнок, сравнивая себя с другими детьми, понимает, что далеко не во всем он самый лучший;

- пример родителей: дети зачастую копируют поведение взрослых;

- амбиции родителей, их желание, чтобы ребёнок был всегда впереди своих сверстников, что формирует у ребёнка так называемый «комплекс отличника» и маленький перфекционист воспринимает проигрыши как катастрофу, ведь по его мнению, мама и папа перестанут им гордиться.

Особенностями психологической подготовки детей к шахматной игре являются:

1. Формирование ответственности (трёхсторонняя заинтересованность родитель – ребёнок – тренер. Поддержание мотивации к игре ребёнка, контроль со стороны родителей за регулярным посещением тренировок, похвала со стороны родителей и тренера.

2. Формирование устойчивой эмоциональной восприимчивости ребёнка в шахматной игре. Это прежде всего соблюдение режима дня для ребёнка, что способствует общему благоприятному эмоциональному состоянию, отсутствие стрессовых ситуаций и отвлекающих болезненных состояний.

3. Формирование нормальной самооценки ребёнка: отсутствие критики со стороны родителей, вера в то, что у ребёнка получится, похвала за результат, личная заинтересованность родителя в шахматной жизни ребёнка.

Описание исследования

Цель: выявить основные признаки проявления реакции детей во время шахматной игры в проигрышной ситуации на доске, потери фигур, ухудшении шахматной позиции, неудачного хода, «двойного удара», мата. Обнаружить критерии сходства и различия в проявлении негативных реакций в зависимости от возраста ребенка, стажа игры (обучения).

Выборка

В исследовании приняли участие испытуемые в возрасте от 6 до 11 лет, выборка была разбита на 2 группы (выборка уравнена по возрасту и по стажу игры в шахматы).

Первая группа – начинающие шахматные игроки, старшие дошкольники 6 лет и младшие школьники 7-8 лет, занимаются шахматами от месяца до трёх.

Вторая группа – дети 9,10,11 лет, с опытом игры в шахматы 3-4 года.

Общий объём выборки – 20 человек, 7 девочек и 13 мальчиков. Все дети занимаются регулярной игрой в шахматы.

Таким образом, представители выборки отличаются по двум факторам:

1. Возраст: дети от 6 до 8 лет, школьники – дети от 10 до 12 лет.

2. Длительность посещения шахматных занятий – начинающие шахматисты (от месяца до трёх), опытные шахматисты – дети, регулярно играющие в шахматы от года до 3-х лет.

Метод: непосредственное невключенное наблюдение.

Наблюдатель: Алёхина Анна Владимировна, психолог.

Предмет наблюдения: реакция на проигрыш.

Показатели объекта наблюдения: мимика, жесты, речь, выразительные движения тела, интонации голоса, система движений и действий, обеспечивающих деятельность, внешний облик.

Процедура наблюдения: экспериментатор, незнакомая детям, располагалась за отдельным столом в стороне от детей, сбоку от них. Фиксировались речевое невербальное общение, жесты, движения, слова во время возникновения шахматной угрозы со стороны одного из игроков, а также при проигрыше.

Ситуация наблюдения: шахматная партия и следующие ее этапы и ситуации – эндшпиль, ухудшение позиции в игре, осознание проигрыша.

Результаты

Протокол наблюдения за детьми в ситуации неуспешности.

В процессе наблюдения за детьми в различных ситуациях неуспешности использовали следующие показатели и фиксировали их различные вариации.

Мимика, жесты, движения туловища (поза, осанка), интонация голоса (сила голоса, тон, темп), особенности речи (содержание, темп, ритм).

Совокупность всех вышеперечисленных признаков даёт нам полную картину, по которой можно сделать вывод, что возраст ребёнка играет существенную роль в проявлении негативной реакции на проигрыш – чем младше ребёнок, тем более эмоционально и болезненно он реагирует.

Также были выявлены различия в негативных реакциях детей с различным опытом игры (те, кто дольше занимается шахматами, склонны более

спокойно реагировать на проигрыш). Это общая закономерность.

После проведенного исследования – непосредственного наблюдения в течение 5 занятий, а также беседы с тренером и с большинством из родителей испытуемых, а также структурированного интервью с детьми, было выделено несколько групп детей в зависимости от направленности их мотивации:

1. Дети, которых заставили родители, а сами они не хотели идти на шахматы. Находятся в большой зависимости от мнения родителей. Одерживают победу исключительно, чтобы получить одобрение от них (около 10% всех посещающих кружок детей).

2. Дети с заниженной самооценкой, мнительные, эгоистичные. Играют только для того, чтобы выиграть. Очень болезненно воспринимают проигрыш, т.к. одержание победы в партии – их главная цель. Они не хотят учиться, разбирая партию на отрезки для анализа и развития. Самоутверждаются за счет победы (около 15%).

3. Дети с нормальной самооценкой, приходят на урок шахмат, чтобы приятно провести время, поболтать с друзьями. Немотивированы учиться, хотя могли бы достигнуть высоких результатов (около 40%).

4. Способные дети с невысокой мотивацией. Их на занятие отправляют родители, но в процессе игры дети «включаются». У таких детей, в отличие от следующей группы («профессионалы»), отсутствует желание самостоятельно закреплять и прорабатывать материал. Они работают исключительно на занятии.

5. Профессионалы. Такой ребенок всегда хочет быть лидером, авторитетом в группе сверстников. Его интересуют шахматы как таковые. К проигрышу относится как к опыту, который можно и нужно проанализировать, чтобы улучшить свой профессионализм (10%).

На основе проведенного исследования, а также беседы с тренером по шахматам МБУ «Городской подростково-молодёжный центр» города Симферополя Колокольцевым Виктором Григорьевичем, обобщившим и проанализировавшим данные, полученные в процессе многолетнего преподавания шахматной игры, изучившим механизм эффективного взаимодействия с проигрывающими юными шахматистами для сохранения дальнейшей мотивации игры в шахматы, предлагаются четыре вида психологической работы тренера по преодолению ребёнком состояний обиды и огорчения от проигрыша и как следствие – снижения мотивации к игре:

1. Общегрупповая профилактическая беседа во второй половине занятия, в ходе которой разъяс-

няется, что полученный мат или попадание в шахматную ловушку (когда противник намеренно жертвует фигуру, чтобы замаскировать свой истинный план), могут и должны восприниматься как опыт, который следует использовать в следующих играх.

2. Индивидуальная психологическая работа тренера – наблюдение за игрой ребёнка, фиксация в протоколе наблюдения его переживаний (жесты, мимика, вербализация).

3. Разговор с ребенком для получения обратной связи:

Что ты почувствовал, когда понял, что это была ловушка?

Что тебе захотелось сделать?

Что ты сделал на самом деле?

Как бы ты мог поступить в такой же ситуации теперь, когда у тебя есть опыт?

4. Проведение контрольной шахматной партии с воспроизведением позиций предыдущей (проигрышной) партии для закрепления полученного нового навыка. Снова фиксация состояния ребёнка. То же в следующей игре при повторе подобной ситуации. Акцент внимания на позитивный результат, закрепление положительных эмоций.

После проведения выигршной контрольной шахматной партии эмоциональное состояние ребёнка кардинально меняется.

Выводы

1. Анализируя приведенный протокол наблюдения, можно сделать вывод о том, что дети в возрасте от 6-ти до 8-ми лет очень эмоциональны,

эгоцентричны, стремятся к одобрению, хотят быть лучшими. Наблюдение в естественных жизненных ситуациях корректируются показателями, получаемыми в специально создаваемых ситуациях испытания. Таким образом, выявляются наиболее информативные показатели: мимика и жесты. Остальные показатели могут отсутствовать в силу различной импульсивности детей.

2. Все дети реагируют на проигрыш негативно, поэтому важно всесторонне помогать ребёнку сохранить позитивный настрой на игру, оптимизм, уровень самооценки.

3. Заинтересованность родителей в шахматной игре детей, включённость родителей, грамотная, спокойная, принимающая реакция на успешность или неуспешность в шахматной игре, способствуют поддержанию мотивации.

4. Чем старше ребёнок и одновременно, чем дольше он находится в шахматном кружке, тем спокойнее его реакция на проигрыш, тем вероятнее, что у него формируется адекватная самооценка и укрепляется мотивация, направленная на занятия шахматами. По мере освоения ребёнком знаний, шахматных приёмов и увеличения периода нахождения ребёнка в группе, все чаще шахматная партия воспринимается как процесс получения опыта игры, развития.

Исследование показало, что шахматная игра помогает формировать устойчивость эмоциональной сферы дошкольника и младшего школьника. Для поддержания высокой учебной мотивации к шахматной игре необходимо, следовать алгоритму предлагаемой психологической подготовки.

Литература

1. Авербах Ю., Бейлин М. Путешествие в шахматное королевство. Москва, 1988. URL: file:///C:/Users/001/Downloads/Averbakh_Puteshestvie_v_shakhmatnoe_korolevstvo.pdf (Время обращения: 4.04.2021)

2. Акишина В.В. «Как определить способности к обучению шахматной игре ребёнка 5-7 лет». Режим доступа: URL: <https://nsportal.ru/shkola/vneklassnaya-rabota/library/2013/02/08/kak-opredelit-sposobnosti-k-obucheniyu-shakhmatnoy> (дата обращения: 4.04.2021)

3. Алехин А.А. На пути к высшим шахматным достижениям. М.: ФиС, 1991. URL: <http://d4-d5.ru/wp-content/uploads/2013/08/Алехин-На-пути-к-высшим-шахматным-достижениям-1991-г.pdf> (дата обращения: 4.04.2021)

4. Ботвинник М.М. Аналитические и критические работы 1942-1956 гг. М.: ФиС, 1985. Москва, 2007. https://www.studmed.ru/botvinnik-mm-analiticheskie-i-kriticheskie-raboty-1923-1941_12a8079b564.html

5. Волчок А.С. «Тактика и стратегия шахмат». Киев, Здоровье, 1985. 178 с. URL: <http://padaread.com/?book=23755&pg=14> (дата обращения: 4.04.2021)

6. Голенищев В. Программа подготовки юных шахматистов 1-го разряда. М.: Изд-во Всероссийского шахматного клуба, 1974. URL: https://www.studmed.ru/golenishev-ve-podgotovka-yunyh-shahmatistov-i-razryada-programma_cd2fc2584df.html (дата обращения: 4.04.2021)

7. Капабланка Х.Р. Учебник шахматной игры. Москва, 1983 file:///C:/Users/001/Downloads/2017-uchebnik_shakhmatnoy_igry_kapablanka.pdf

8. Каспаров «Шахматы как модель жизни» URL: <http://d4-d5.ru/wp-content/uploads/2013/09/Kasparov-SHahmaty-kak-model-zhizni.pdf> (дата обращения: 4.04.2021)

9. Крогиус Н.В. «Шахматы – школе» / сост. Б.С. Гершунский, А.Н. Костьев; под ред. Б.С. Гершунского, Н.В. Крогиуса, В.С. Хелемендика. М.: Педагогика, 1991. 336 с. URL: <https://klex.ru/mdy> (дата обращения: 4.04.2021)
10. Нимцович А. Моя система. Москва, 1974. URL: <http://padaread.com/?book=25522> (Время обращения: 4.04.2021)
11. Ошеров М. Е. Психология шахматной борьбы. М.: «RUSSIAN CHESS HOUSE / Русский Шахматный Дом», 2017. – 88 с. (Библиотечка шахматиста).
12. Методическая разработка «Как мотивировать детей к игре в шахматы» тренер-преподаватель Тесля И.Г. МБУ ДО ДЮСШ № 4 г. Волгодонск, 2019 г. URL: <https://infourok.ru/motiviruem-detey-k-igre-v-shahmati-3982788.html> (дата обращения: 4.04.2021)
13. Шекалина М.Р. Методическая разработка по теме: «Играем в шахматы» Санкт-Петербург, 2014 А.С.
14. Теория и практика шахматной игры / Под ред. Я. Б. Эстрина. М.: Высшая школа, 1984.

References

1. Averbah YU., Bejlin M. Puteshestvie v shahmatnoe korolevstvo. Moskva, 1988. URL: file:///C:/Users/001/Downloads/Averbakh_Puteshestvie_v_shahmatnoe_korolevstvo.pdf (Vremya obrashcheniya: 4.04.2021)
2. Akishina V.V. «Kak opredelit' sposobnosti k obucheniyu shahmatnoj igre rebyonka 5-7 let». Rezhim dostupa: URL: <https://nsportal.ru/shkola/vneklassnaya-rabota/library/2013/02/08/kak-opredelit-sposobnosti-k-obucheniyu-shahmatnoj> (data obrashcheniya: 4.04.2021)
3. Alekhin A.A. Na puti k vysshim shahmatnym dostizheniyam. M.: FiS, 1991. URL: <http://d4-d5.ru/wp-content/uploads/2013/08/Alekhin-Na-puti-k-vysshim-shahmatnym-dostizheniyam-1991-g.pdf> (data obrashcheniya: 4.04.2021)
4. Botvinnik M.M. Analiticheskie i kriticheskie raboty 1942-1956 gg. M.: FiS, 1985. Moskva, 2007. https://www.studmed.ru/botvinnik-mm-analiticheskie-i-kriticheskie-raboty-1923-1941_12a8079b564.html
5. Volchok A.S. «Taktika i strategiya shahmat». Kiev, Zdorov'e, 1985. 178 s. URL: <http://padaread.com/?book=23755&pg=14> (data obrashcheniya: 4.04.2021)
6. Golenishchev V. Programma podgotovki yunyh shahmatistov 1-go razryada. M.: Izd-vo Vserossijskogo shahmatnogo kluba, 1974. URL: https://www.studmed.ru/golenishev-ve-podgotovka-yunyh-shahmatistov-i-razryada-programma_cd2fc2584df.html (data obrashcheniya: 4.04.2021)
7. Kapablanka H.R. Uchebnik shahmatnoj igry. Moskva, 1983 file:///C:/Users/001/Downloads/2017-uchebnik_shahmatnoj_igry_kapablanka.pdf
8. Kasparov «SHahmaty kak model' zhizni» URL: <http://d4-d5.ru/wp-content/uploads/2013/09/Kasparov-SHahmaty-kak-model-zhizni.pdf> (data obrashcheniya: 4.04.2021)
9. Krogius N.V. «SHahmaty – shkole» / sost. B.S. Gershunskij, A.N. Kost'ev; pod red. B.S. Gershunskogo, N.V. Krogiusa, V.S. Helemendika. M.: Pedagogika, 1991. 336 s. URL: <https://klex.ru/mdy> (data obrashcheniya: 4.04.2021)
10. Nimcovich A. Moya sistema. Moskva, 1974. URL: <http://padaread.com/?book=25522> (Vremya obrashcheniya: 4.04.2021)
11. Osherov M. E. Psihologiya shahmatnoj bor'by. M.: «RUSSIAN CHESS HOUSE / Pycskij SHahmatnyj Dom», 2017. – 88 s. (Bibliotekha shahmatista).
12. Metodicheskaya razrabotka «Kak motivirovat' detej k igre v shahmaty» trener-prepodavatel' Teslya I.G. MBU DO DYUSSH № 4 g. Volgodonsk, 2019 g. URL: <https://infourok.ru/motiviruem-detey-k-igre-v-shahmati-3982788.html> (data obrashcheniya: 4.04.2021)
13. SHekalina M.R. Metodicheskaya razrabotka po teme: «Igraem v shahmaty» Sankt-Peterburg, 2014 A.S.
14. Teoriya i praktika shahmatnoj igry. Pod red. YA. B. Estrina. M.: Vysshaya shkola, 1984.

*Alyokhina A.V., Postgraduate, Chief Specialist,
Tavrida Academy,
V.I. Vernadsky Crimean Federal University*

DIAGNOSIS AND CORRECTION OF NEGATIVE EXPERIENCES OF CHILDREN IN THE PROCESS OF LEARNING THE CHESS GAME

Abstract: the article presents the results of a comparative study of the reactions of children of different ages to the loss and loss of pieces in a chess game. The first part of the article examines the factors that affect the adequacy of the child's perception of a difficult game situation and the preservation of motivation to play chess after a loss. In the study, using observation and conversation methods, various reactions to the loss and loss of pieces of children of different ages with different chess experience were described: maintaining a good mood of the player, the desire to continue playing chess. Several groups of children were identified depending on the orientation of their motivation: children who were forced by their parents; children with low self-esteem, suspicious, selfish; children with normal self-esteem who come to a chess lesson to have a good time, to chat with friends; capable children with low motivation; professionals. A brief description of each of these groups is given.

Keywords: psychological training, chess game, preschool child, junior school student, emotional sphere, loss, motivation

**Боровецкая М.А., врач-невролог,
Московская центральная клиническая больница
управления делами президента РФ (ЦКБ)**

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ

Аннотация: современная действительность характерна постоянным эмоциональным напряжением в жизни многих людей – ограниченные физические нагрузки, пассивный образ жизни, многочасовая работа за компьютером, склонность к тревоге, жизнь в мегаполисе, иррациональные установки, психосоциальный стресс и т.д., либо все вышеперечисленные факторы в совокупности являются первопричинами неблагоприятного психоэмоционального состояния, что, как следствие, чревато для индивида возникновением такой формы цефалгии, как головная боль напряжения. При этом первичная головная боль и частота ее рецидивов, как правило, детерминированы когнициями. А именно, в роли основного источника данной патологии часто выступает негативный образ мышления.

Вышеперечисленные факторы определяют когнитивно-поведенческую терапию как наиболее релевантный метод лечения головных болей напряжения посредством коррекции системы неадаптивных убеждений, а также при помощи борьбы с тревожными и / или деструктивными мыслями.

Целью данного исследования является теоретический анализ причин, провоцирующих возникновение головной боли напряжения, а также определение техники когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на лечение обозначенной патологии, которая включает в себя работу над конкретными, текущими проблемами пациента и поиск их решения.

Ключевые слова: головная боль напряжения, первичная головная боль, цефалгия, когнитивно-поведенческая терапия, психотерапия, психологический метод

Хотя головная боль напряжения (далее – ГБН) является наиболее распространенным типом головной боли, точные причины её возникновения еще полностью не выяснены. Ранее считалось, что ГБН вызваны напряжением мышц шеи и плеч [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. В настоящий момент всё большее количество ученых склоняется к выводу, что цефалгия коррелирует не только с критическим преобладанием в жизни человека неестественной осанки – нарушением статической позуры, но и, в большинстве случаев, обусловлена эмоциональными перегрузками и дистрессами, возникает «в связи с отрицательными эмоциями гнева и тревоги» [6, с. 570; **Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Согласно Международному обществу по головной боли (*International Headache Society, IHS*), ГБН тесно коррелирует с паническими и тревожными расстройствами, депрессивными состояниями и нарушениями сна [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Исходя из статистики Всемирной Организации Здравоохранения (далее – ВОЗ), «регулярные головные боли (далее – ГБ) входят в число самых распространенных расстройств нервной системы» [3].

Согласно исследованиям I.B. Salman и O.S. Berk (2017), ГБН (одна из форм цефалгии) обуславливает высокие социально-экономические затраты, связанные с нетрудоспособностью и лечением населения – патология была отмечена у 30-78% реципиентов, испытывающих ГПН на протяжении всей их жизни [13, р. 177-178]. По данным *IHS*, в 2015 г. данный процент был зафиксирован у 80% населения Германии [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

В исследованиях М.И. Корешкиной (2015) отмечено: «головные боли занимают третье место среди причин нетрудоспособности в мире. Эпидемиологические исследования демонстрируют, что в течение 1 года в мире страдают» [5, с. 2] (см. рис. 1):

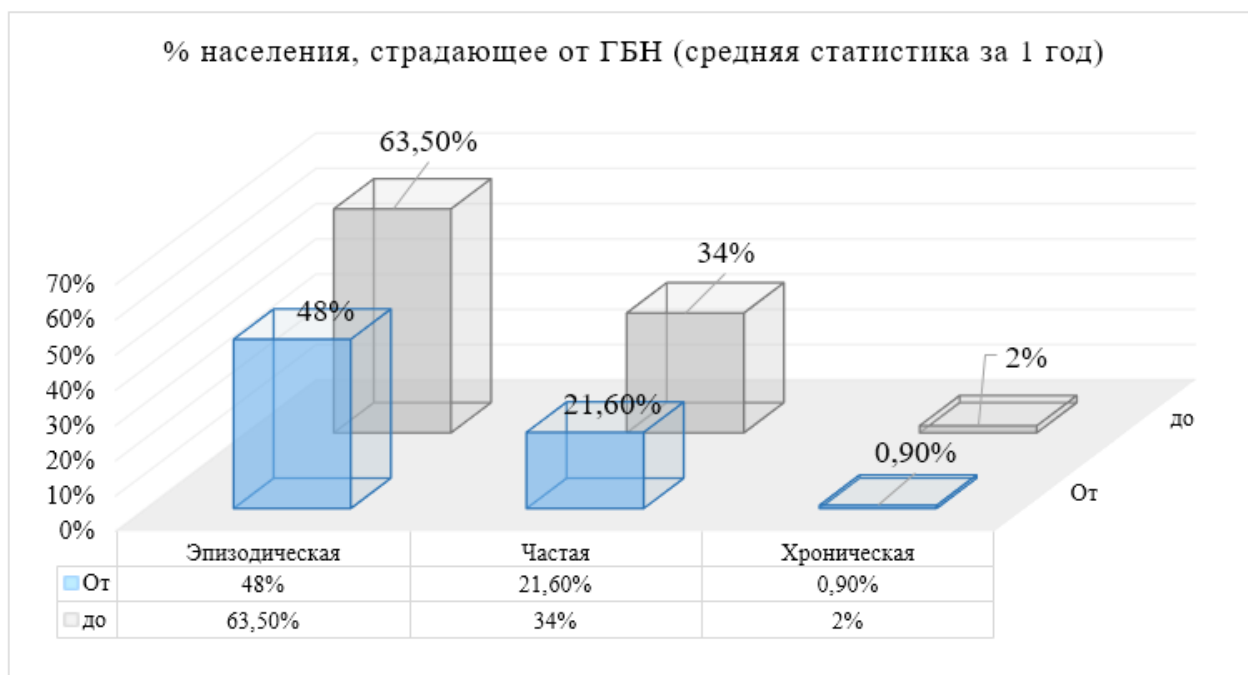


Рис. 1. Головные боли напряжения, общемировая статистика (2014 г.)

Итак, ГБН – это первичные головные боли, имеющие сложный патогенетический процесс, для которых нет каких-либо органических причин, и они не являются результатом какого-либо заболевания [5, с. 4]. При лечении ГБН, помимо использования лекарственных средств, тренировок с применением биологической обратной связи (БОС) и иглорефлексотерапии, в последние годы всё чаще отдается предпочтение когнитивно-поведенческой терапии (далее – КПТ) [12, р. 207; 7; 2, с. 64].

Когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов выявлять и анализировать мысли и убеждения, которые вызывают стресс и усиливают головные боли [10, р. 711].

Цель КПТ заключается в опосредованной коррекции физиологической активности, связанной с симптоматикой ГБН путём изменения алгоритма лечения. С его помощью пациенты справляются со стрессорами и тревогами, которые являются частыми триггерами исследуемой патологии [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. А именно, КПТ фокусируется непосредственно на когнитивных и поведенческих расстройствах: «способствует адаптивным изменениям в мыслях, чувствах, убеждениях и поведении пациентов» [4, с. 366].

Kyung Bong Koh (2018) подчеркивает, что когнитивная терапия может быть более эффективной при длительном поддержании долгосрочного эффекта, а также способствовать уменьшению головных болей, в отличие от методов восстановительного лечения (биологической обратной связи)

(*Kenneth A. Holroyd, Paul R. Martin, and Justin M. Nash*, 2005) [12, с. 207].

Исходя из практики *Salman I.B., Berk O.S.* (2017), для лечения ГБН целесообразно обращаться к неинвазивным методам лечения с использованием междисциплинарного подхода: для борьбы с ГБН эффективными методами являются КПТ и упражнения на расслабление [13, р. 177-178].

Согласно исследованиям *Y. Akkoca, S. Yildirim, E.L. İnan* (2015), зачастую первопричиной возникновения головных болей напряжения, их усиления и тяжести течения, является негативный образ мышления, который, к тому же, существенно осложняет терапию. КПТ, в свою очередь, предоставляет человеку возможность самопомощи даже по окончании лечения, проводимого специалистом: помимо таких поведенческих методов, как аутогенная тренировка и релаксация, путем обучения стратегиям самоконтроля специалистами активизируется умение «управлять» болью и совладать с дезадаптивными убеждениями и мыслями [7].

Дело в том, что «расстройства чувств и поведения человека связаны не с самими событиями, а с их неадекватной интерпретацией и осмыслением события» [1, с. 34].

Соответственно, благодаря КПТ в стрессовых ситуациях и при возникновении головных болей мысли контролируются с ориентацией на определение причин, вызвавших стресс. В случае, когда навязчивые мысли, вызывающие состояние стресса, интегрируют дисфункциональные убеждения, пациенту следует их оспаривать, рассматривать плюсы и минусы альтернативных адаптивных

убеждений. Для оспаривания мыслей могут быть использованы различные упражнения и убеждения, включая изменение позиции (мысленное экспериментирование с принятием другой точки зрения на сложившуюся ситуацию), рефрейминг (активное генерирование других взглядов на ситуацию) и тестирование реальности (разработка поведенческого эксперимента для проверки обоснованности конкретного убеждения) и пр. [10, p. 711-713].

Практические исследования Salman I.B., Berk O.S. (2017) подтверждают релевантность применения КПТ, реализуемую в комплексе с техникой прогрессивной мышечной релаксации и расслаблением. Например, согласно практическим исследованиям I.B. Salman и O.S. Berk, пациент, страдавший ГБН на протяжении 6-ти лет, был направлен к ним в отделение психиатрии. После 10-ти сеансов КПТ пациент научился самостоятельно фиксировать дисфункциональные мысли и, посредством мышечной релаксации, опровергать их, а также лучше распознавать и замещать их положительными эмоциями, чувствами и убеждениями. Также реципиент начал осознавать автоматические мысли и научился «менять» их на альтернативные воспоминания и представления. Как результат, приступы ГПБ значительно уменьшились, что оказало положительное влияние на образ жизни испытуемого [13, p. 177-178]. Таким образом, специалисты обучили пациента осуществлять саморефлексию и работать с собственными когнициями. По сути, Salman I.B., Berk O.S. (2017) [13] «привлекли больного в качестве активного участника программы лечения» [4, с. 366].

При терапии ГБН посредством КПТ М. Nautzinger (2005) рекомендует преследовать 4 основных цели:

- преодолеть инертность;
- улучшить социальное, коммуникативное и интерактивное поведение, а также навыки межличностного взаимодействия;
- скорректировать дисфункциональные убеждения;
- выстроить технику совладания и решения проблем [9, p. 433-434].

Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия ГБН осуществляется путём включения опосредованных когнитивных методов распознавания автоматических, дисфункциональных мыслей и их возможностей самоконтроля [8, p. 5], а также посредством релаксационных методик.

В комплексе с КПТ немецкими учёными рекомендовано регулярно (2-3 раза в неделю) тренироваться на выносливость (бег трусцой, плавание или езда на велосипеде), а также целенаправленно тренировать мышцы плеч и шеи [**Ошибка! Ис-**

точник ссылки не найден.], обязательно соблюдая питьевой режим.

Итак, существуют различные медикаментозные и немедикаментозные методы лечения головных болей напряжения у пациентов. Наиболее релевантной терапией, в настоящий момент, по мнению многих исследователей и психотерапевтов, является когнитивно-поведенческая терапия, которая должна интегрировать в себе проблемно-ориентированный копинг, ведение структурированного дневника и психотерапию депрессии [9, p. 433-434].

Часть терапии часто заключается в том, чтобы в течение оговоренного с психотерапевтом времени пациент записывал свои мысли в структурированный дневник. Затем вместе со специалистом пациент работает над следующими вопросами: «Реально ли я оцениваю то, что испытываю?» «Что произойдет, если в той или иной ситуации я буду вести себя иначе, чем раньше?» [11] Достигнутый прогресс и возможные проблемы регулярно обсуждаются на психотерапевтических сессиях.

Соответственно, КПТ ориентирована на проблемы. Речь идет о работе над конкретными текущими проблемами каждого больного и о поиске их решений. В отличие, например, от психоанализа, КПТ мало уделяет внимания прошлым событиям. Основное внимание нацелено на то, чтобы «помочь людям помочь себе самим» – на первом плане «помощь в самопомощи» [11]. Это не означает, что влияние прошлых проблем полностью игнорируется в КПТ. Однако речь идет, прежде всего, о выявлении и изменении стрессовых трансформаций мышления (специалист стремится, чтобы мышление пациента выступало в роли детерминанты стрессоустойчивости личности). Также отводится большая роль изменениям форм и манеры поведения в настоящее время (прежде всего, в социуме, при коммуникации).

Вывод

Первичная головная боль негативно сказывается на работоспособности, но не усиливается при смене положения тела, однако, часто вызывает дискомфорт и мешает человеку сконцентрироваться на выполняемых действиях.

Головная боль напряжения часто детерминирована депрессией и/или тревогой. В особенности, данной патологии подвержены люди, которые минимизируют свою физическую активность, игнорируют спорт и прогулки на свежем воздухе, не соблюдают питьевой режим, проводят много времени в неправильной статической позе, например, при работе в офисе или за рулем автомобиля, и, самое главное, склонны к негативному образу мышления.

Профилактикой и фундаментом бихевиористской модели лечения первичных головных болей является работа с механизмами рефлекторной деятельности, включая коррекцию системы неадаптивных убеждений, осознание негативных автоматических мыслей и их «замену» посредством позитивных чувств и воспоминаний, работу с глу-

бинными личностными конфликтами, технику прогрессивной мышечной релаксации и расслабление. Существенно эффективизировать работу КПТ помогают занятия спортом (выполнение упражнений на выносливость: бег, плавание, скандинавская борьба и пр.) либо йога, а также стабилизация сна.

Литература

1. Белялов Ф.И. Диагностика и лечение психических расстройств у соматических больных: монография / ГОУ ДПО «Иркутский гос. ин-т усовершенствования врачей М-ва здравоохранения и социального развития РФ». Иркутск: РИО ИГИУВа, 2009. 283 с.
2. Головачева В.А., Парфенов В.А. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической ежедневной головной боли // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2019. № 3. С. 63 – 70.
3. Головные боли. Всемирная Организация Здравоохранения. Статья от 08.04.20216. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders> (дата обращения: 26.04.2021)
4. Каннер Р. Секреты лечения боли: учеб. пособие для студентов мед. вузов и врачей-слушателей системы доп. проф. образования: пер. с англ. под общ. ред. А.М. Овечкина. М.: Изд-во Бинум, 2006 (Ульяновск: Ульяновский Дом печати). 399 с.
5. Корешкина М.Н. Головные боли. Диагностика и лечение. Центр лечения головной боли Клиники «Скандинавия», Санкт-Петербург. 2015. Презентация. 90 с. URL: <https://www.sogaz-clinic.ru/> (дата обращения: 26.04.2021)
6. Трошин В.Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика. М.: Мед. информ. агентство, 2007. 778 с.
7. Akkoca Y., Yildirim S., Inan E.L. (2015) The Use of the Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Migraine and Tension Type Headaches. URL: https://www.researchgate.net/publication/281573577_The_Use_of_the_Cognitive_Behavioral_Therapy_for_the_Treatment_of_Migraine_and_Tension_Type_Headaches (date: 25.04.2021)
8. Hautzinger M., Stark W., Treiber R. (2004) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Kindle Edition. 272 p.
9. Hautzinger M. (2005) Kognitive Verhaltenstherapie. In Buch: Akute und therapieresistente Depressionen P.433 – 443.
10. Kenneth A. Holroyd, Paul R. Martin, and Justin M. Nash (2005) Psychological Treatments of Tension-Type Headaches. Chapter 81. P. 711 – 720.
11. Kognitive Verhaltenstherapie. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/kognitive-verhaltenstherapie.html> (date: 26.04.2021)
12. Kyung Bong Koh (2018) Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Chronic Headache: Biopsychosociospiritual Perspectives. In book: Stress and Somatic Symptoms. P. 207 – 216.
13. Salman I.B., Berk O.S. (2017) Cognitive behavioral therapy for tension-type headache: A case report. *Agri: Agri (Algoloji) Dernegi'nin Yayin organidir = The journal of the Turkish Society of Algology* 29(4):177-184.
14. Scwarz R. Spannungskopfschmerz. *Netdoktor.de*. 7 December 2016. URL: <https://www.netdoktor.de/krankheiten/spannungskopfschmerz/> (date: 26.04.2021)

References

1. Belyalov F.I. Diagnostika i lechenie psichicheskikh rasstrojstv u somaticheskikh bol'nyh: monografiya. GOU DPO «Irkutskij gos. in-t usovershenstvovaniya vrachej M-va zdravoohraneniya i social'nogo razvitiya RF». Irkutsk: RIO IGIUVa, 2009. 283 s.
2. Golovacheva V.A., Parfenov V.A. Kognitivno-povedencheskaya terapiya v lechenii hronicheskoy ezhednevnoj golovnoj boli. *Annaly klinicheskoy i eksperimental'noj nevrologii*. 2019. № 3. S. 63 – 70.
3. Golovnye boli. Vsemirnaya Organizaciya Zdravoohraneniya. Stat'ya ot 08.04.20216. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders> (data obrashcheniya: 26.04.2021)
4. Kanner R. Sekrety lecheniya boli: ucheb. posobie dlya studentov med. vuzov i vrachej-slushatelej sistemy dop. prof. obrazovaniya: per. s angl. pod obshch. red. A.M. Ovechkina. M.: Izd-vo Binom, 2006 (Ul'yanovsk: Ul'yanovskij Dom pechati). 399 s.

5. Koreshkina M.N. Golovnye boli. Diagnostika i lechenie. Centr lecheniya glavnoj boli Kliniki «Skandinavija», Sankt-Peterburg. 2015. Presentatsiya. 90 s. URL: <https://www.sogaz-clinic.ru/> (data ob-rashcheniya: 26.04.2021)
6. Troshin V.D. Stress i stressogennye rasstrojstva: diagnostika, lechenie, profilaktika. M.: Med. inform. agentstvo, 2007. 778 s.
7. Akkoca Y., Yildirim S., Inan E.L. (2015) The Use of the Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Migraine and Tension Type Headaches. URL: https://www.researchgate.net/publication/281573577_The_Use_of_the_Cognitive_Behavioral_Therapy_for_the_Treatment_of_Migraine_and_Tension_Type_Headaches (date: 25.04.2021)
8. Hautzinger M., Stark W., Treiber R. (2004) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Kindle Edition. 272 r.
9. Hautzinger M. (2005) Kognitive Verhaltenstherapie. In Buch: Akute und therapieresistente Depressionen P.433 – 443.
10. Kenneth A. Holroyd, Paul R. Martin, and Justin M. Nash (2005) Psychological Treatments of Tension-Type Headaches. Chapter 81. R. 711 – 720.
11. Kognitive Verhaltenstherapie. URL: <https://www.gesundheitsinformation.de/kognitive-verhaltenstherapie.html> (date: 26.04.2021)
12. Kyung Bong Koh (2018) Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Chronic Headache: Biopsychosociospiritual Perspectives. In book: Stress and Somatic Symptoms. P. 207 – 216.
13. Salman I.B., Berk O.S. (2017) Cognitive behavioral therapy for tension-type headache: A case report. Agri: Agri (Algoloji) Derneği'nin Yayın organidir = The journal of the Turkish Society of Algology 29(4):177-184.
14. Scwarz R. Spannungskopfschmerz. Netdoktor.de. 7 December 2016. URL: <https://www.netdoktor.de/krankheiten/spannungskopfschmerz/> (date: 26.04.2021)

*Borovetskaya M.A., Neurologist,
Moscow Central Clinical Hospital of the Presidential
Administration of the Russian Federation*

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR PATIENTS WITH TENSION HEADACHES

Abstract: modern reality is characterized by constant emotional stress in the lives of many people – limited physical activity, a passive lifestyle, many hours of work at the computer, a tendency to anxiety, living in a megapolis, irrational attitudes, psychosocial stress, etc., or all of the above factors together are the root causes of an unfavorable psychoemotional state, which, as a result, is fraught for the individual with the emergence of such a form of cephalgia as tension headache. In this case, the primary headache and the frequency of its relapses, as a rule, are determined by cognition. Namely, the main source of this pathology is often a negative way of thinking.

The above factors determine cognitive behavioral therapy as the most relevant method of treating tension headaches by correcting the system of maladaptive beliefs, as well as by combating anxious and/or destructive thoughts.

The purpose of this study is a theoretical analysis of the causes that provoke the occurrence of tension headaches, as well as the definition of the technique of cognitive-behavioral therapy focused on the treatment of the indicated pathology, which includes working on specific, current problems of the patient and finding solutions to them.

Keywords: tension headache, primary headache, cephalgia, cognitive behavioral therapy, psychotherapy, psychological method

*Елисеева В.О.,
Данилова М.В., кандидат педагогических наук, доцент,
Владимирский государственный университет им. А.Г. и Н.Г. Столетовых*

СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

Аннотация: статья посвящена осмыслению проблемы психологического консультирования подростков с разным уровнем тревожности. Подростковый возраст является кризисным, главной особенностью подросткового периода являются резкие, яркие, качественные изменения, затрагивающие все стороны развития. В качестве детерминантов подростковой тревожности могут выступать: психологическая обстановка в семье, личностные особенности подростка, проблемы в межличностных отношениях и коммуникациях. Подробно описывается кейс симптоматики проявления тревожности, среди которых: постоянная необходимость держать что-то в руках, дергать, крутить волосы, дергать ногой. Ярким проявлением тревожности является невнимательность и скованность подростка, заикание в речи. Статья содержит теоретическое и практическое обоснование проблемы: актуальность проблемы, анализ основных понятий, эмпирическое исследование, дальнейшую форму работы с подростками – программу психологического консультирования. В статье также рассматриваются некоторые аспекты психологического консультирования, какие специфические особенности возраста следует учитывать при составлении программы психологического консультирования. В реализации программы используются следующие методы: беседы, лекции, практические занятия, игры, упражнения. В заключении работы приведены прогнозируемые результаты. Практическая значимость программы заключается в применении психологами и педагогами в работе с тревожными подростками.

Ключевые слова: тревожность, подростки, межличностные отношения, самооценка, психологическое консультирование

Проблема психологического консультирования подростков с разным уровнем тревожности в последнее время становится актуальной в психологической и педагогической науках и практике. Современные исследования показывают, что в настоящее время количество тревожных подростков значительно возрастает, это может быть связано с психологической обстановкой в семье, личностными особенностями подростка, а также может быть обусловлено проблемами в межличностных отношениях [3].

Обозначенная тема раскрыта в трудах зарубежных и отечественных исследователей, таких, как А.М. Прихожан, Ф.А. Сушкова, Е.К. Лютова., Г.Б. Моница, А.О. Василенко и другие. Один из лидеров биологического направления в зарубежной психологии Г.Ю. Айзенк, отмечает, что при определенных условиях тревожность может оказывать и стимулирующее воздействие на активность субъекта в образовательном процессе. Клинический психолог Ч. Спилберг выделяет тревожность как индивидуальную психологическую особенность, состоящую в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях.

Тревожность у подростков чаще всего возникает из-за противоречивых ожиданий взрослых. Это могут быть моральные стандарты поведения и деятельности, которым должен соответствовать их ребенок, также неверные представления о его возможностях. Вследствие этого подростки способны

отрицательно, неадекватно реагировать на какие-либо замечания, порой и незначительные [4]. Критику в свой адрес воспринимать позитивно им тяжело, чаще всего, отвечают на нее враждебно и агрессивно.

К остальным причинам, вызывающим тревожность подростка, можно отнести [1]:

1) внутриличностный конфликт, в результате чего подросток не может принять себя и понять;

2) нарушения детского-родительских отношений, которые проявляются в запугивании со стороны родителей, семейных конфликтах, авторитарном стиле воспитания и др.;

3) дестабилизация в школьной среде: школьная неуспеваемость, неуспешность, конфликты с классом, сверстниками, учителями.

В соответствии с актуальностью проблемы было проведено эмпирическое исследование среди 20 учащихся в возрасте 13-15 лет одной из школ г. Владимир.

Цель исследования: определить общую тревожность подростков, выявить ее уровень, а также разработать программу психологического консультирования подростков с разным уровнем тревожности.

Для того, чтобы определить уровень тревожности подростков использовалась методика Ч.Д. Спилберга в адаптации Ю.Л. Ханина. Это единственная методика, которая позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личное свойство, и как состояние.

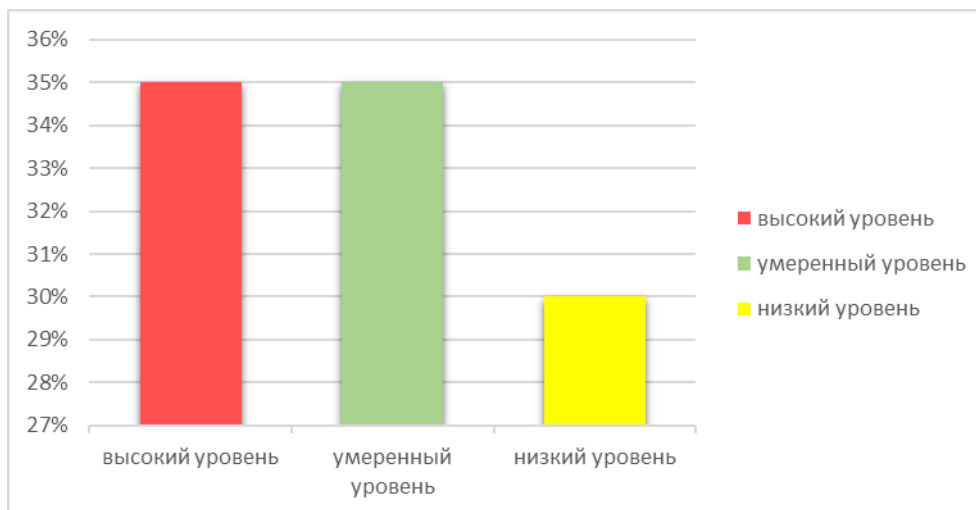


Рис. 1. Уровень тревожности испытуемых, тест-опросник «Исследование тревожности» Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин

В результате исследования были получены следующие результаты (см. рис. 1): 35% испытуемых имеют высокий уровень тревожности, это означает что личность может быть склонна воспринимать угрозу своей самооценке, жизни в целом от окружающей среды. Умеренный уровень тревожности выявлен у 35% учащихся. Предполагается, что подросток способен воспринимать ситуации адекватно, может контролировать свое поведение и эмоции. Также был выявлен низкий уровень тревожности у 30% учащихся, которым необходимо

пробуждение активности, заинтересованности, выражение ответственности при решении каких-либо жизненных трудностей.

Следующая методика «Опросник школьной тревожности Филипса» относится к стандартизированным психодиагностическим методикам и позволяет оценить не только общий уровень тревожности, но и качественное своеобразие переживания тревожности, связанной с различными областями школьной жизни.

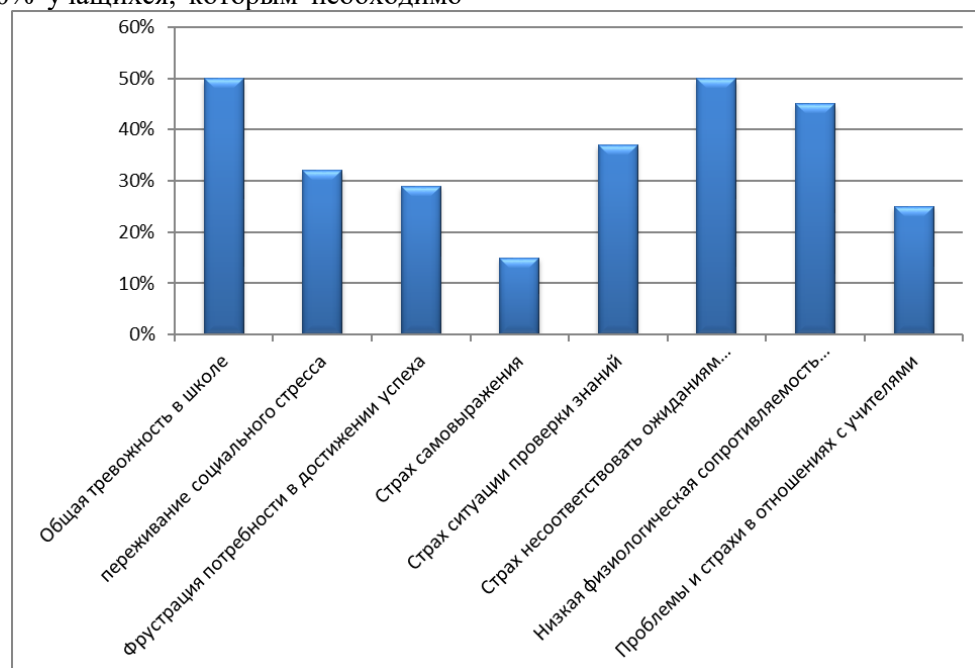


Рис. 2. Результаты исследования по методике «Опросник школьной тревожности Филипса»

Таким образом, мы можем прийти к выводу, что большая часть учащихся, которые имеют общую школьную тревожность, подвержены высокому уровню тревожности. В результате исследования было выявлено, что у 35% учащихся высокий уровень тревожности и у около 50 % испыту-

емых высокий уровень общей школьной тревожности. Личностная тревожность была выявлена у 15% испытуемых, она характеризуется устойчивой предрасположенностью субъекта к тревоге, способностью воспринимать различные ситуации, как угрожающие. Реактивная тревожность наблюдает-

ся у 30% подростков, она проявляется субъективно переживаемыми эмоциями, напряжением, беспокойством. Также, у этих испытуемых наблюдается высокий уровень общей школьной тревожности. Это, в первую очередь, может быть связано с тем, что подростки очень много времени находятся в школе, где происходят события, которые могут провоцировать тревожность подростка. Трудности в обучении, ссоры с учителями, непринятие коллективом – это то, из-за чего подросток может испытывать эмоциональный дискомфорт.

Результаты проведенного эмпирического исследования указывают на необходимость разработки и проведения программы психологического консультирования подростков с разным уровнем тревожности.

Психологическое консультирование подростков – один из видов психологической помощи, оказываемый консультантом-психологом в различных кризисных ситуациях. Проблемой психологического консультирования подростков занимались такие отечественные психологи, как, Г.Б. Моница, Г.В. Бурменская, О.В. Хухлаева и др.

Необходимо отметить, что значимое место в консультировании подростков занимают консультации, связанные с различными проблемами в школе. Это могут быть: трудности в обучении, проблемы, связанные с развитием познавательных процессов, проблемы взаимоотношения со сверстниками, принятие в коллективе, принятие себя как личности и многие другие [2]. Следствием всех этих проблем, конечно же, может выступать тревожность. Если у подростка случаются проблемы в семье, то и здесь возникает тревожность. Особенно часто это встречается на основе конфликтов разных мнений. Родители ожидают от своего ребенка то, что он не может сделать, в результате чего упрекают его. Поэтому важно вовремя выявить тревожность, чтобы в дальнейшем ее урегу-

лировать, а при необходимости, провести психологическое консультирование.

Предлагаемая программа психологического консультирования подростков с разным уровнем тревожности состоит из заданий-встреч, 1 раз в неделю, на протяжении не менее трех месяцев. Предположительное время проведения одной встречи – час. Программа предназначена для подростков, в возрасте 13-15 лет. Форма проведения консультирования – групповая.

Разный уровень тревожности испытуемых учитывается в программе при разработке заданий, направленных на работу в паре. Так, например, предлагается использовать различные упражнения, ориентированные на активизацию деятельности испытуемых, особенно это важно респондентам с низким уровнем тревожности. Целесообразно включать задания на развитие коммуникативных навыков подростков (например, упражнение «Да и еще...»); рефлексии своего опыта в решении различных ситуаций. Для лиц с высоким уровнем тревожности, целесообразно использовать упражнения, с помощью которых возможна отработка моделей поведения в различных стрессовых, экстремальных ситуациях, формировались и закреплялись навыки саморегуляции поведения (например, упражнение «Если это случится...»).

Цель данной программы: создание определенных условий, при которых уровень тревожности подростков будет соответствовать возрастной норме.

Задачи программы:

- информационное просвещение подростков о тревожности, способах ее преодоления;
- формирование навыков саморегуляции и навыков владения собой в экстренных ситуациях;
- повышение самооценки учащихся.

Таблица 1

Качества личности – цели программы психологического консультирования подростков с разным уровнем тревожности

Когнитивный блок	Мотивационный блок	Эмоциональный блок	Социальный блок
Формирование психофизической саморегуляции поведения	Осознание подростками последствий влияния тревожности на организм	Формирование умений осознанно контролировать свое поведение	Формирование коммуникативных компетенций, умений конструктивно избегать конфликтных ситуаций
Формирование навыков владения собой в экстренных ситуациях	Развитие навыков самоконтроля и самонаблюдения испытуемых	Информирование о способах снятия эмоционального напряжения	Формирование навыков конструктивного общения со сверстниками

Продолжение таблицы 1

Формирование адекватной самооценки испытуемых	Формирование умений оценивать свои возможности и результаты, анализировать их	Развитие рефлексивных навыков	Формирование умений и навыков конструктивно разрешать конфликтные ситуации
Развитие рефлексивных навыков	Формирование стремления к самопознанию и саморазвитию	Научение способам снятия эмоционального и физического напряжения.	Проработка техник «свободного высказывания», с целью научить подростка правильно выражать и высказывать свои эмоции, а также понимать эмоции других

Для более точного анализа разумно расширить диагностический инструментарий при работе с респондентами на предмет:

1) определения личностных особенностей подростков: «14 PF» Кетелл, Личностный опросник Айзенка, Опросник «Басса-Дарки», Диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн;

2) оценки межличностных отношений в учебном коллективе: «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири, Социометрия, проективная методика «Я и мой друг»;

3) оценки детско-родительских отношений: АСВ (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В), Шкала общения родителя с ребенком (А.И Баркан);

4) установления дополнительных параметров тревожности: Шкала социально-ситуативной тревожности Кондаша, проективная методика «Школа зверей», Шкала тревожности Дж. Тейлора, методика «Самооценка эмоциональных состояний» (Г. Айзенк).

Основные методы программы консультирования: беседы, лекции, групповые дискуссии, игры.

Так, например, используя метод беседы в работе с подростком, психолог сможет выяснить необходимую информацию о причинах тревожности, о том, как он переживает эти тревожные состояния. Это необходимо выделять для построения дальнейшего сопровождения подростка, подбора правильных способов саморегуляции поведения.

Метод групповой дискуссии в психологическом консультировании позволит актуализировать

свои имеющиеся знания о специфике и сущности тревожности, прояснить спорные вопросы и мнения группы, для того, чтобы прийти к единой точке зрения. Предлагаем следующие темы групповых дискуссий в программе психологического консультирования подростков: «Почему возникает тревожность?», «Как мне побороть тревогу?».

Метод игры позволит сформировать новые модели поведения в различных ситуациях, например, в ситуациях межличностного взаимодействия, способах разрешения конфликта, а также активизировать и замотивировать деятельность испытуемых, позитивно настроить их на работу.

Следует отметить, что при планировании занятий необходимо учитывать возрастные особенности испытуемых. Например, акцентировать внимание на тех упражнениях, где дана возможность общаться и взаимодействовать с другими участниками, так как подросток сможет пронаблюдать и перенять на себя опыт товарища. Так же необходимо построить работу так, чтобы во всех упражнениях предоставлялась возможность проявить свои личностные качества каждому участнику.

После проведения программы психологического консультирования подростков с разным уровнем тревожности, предполагается снижение тревожности до такого уровня, который будет соответствовать возрастной норме. В результате проведения программы подросток научится саморегуляции поведения, сможет конструктивно контролировать свое эмоциональное состояние.

Литература

1. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками. СПб.: Питер, 2016. 272 с.
2. Бурменская Г.В. и др. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков. М.: Академия, 2002. 416 с.
3. Моница Г.Б. Психологическое консультирование детей и подростков. СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета управления и экономики, 2011. 210 с.
4. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков. М.: МПСИ, 2011. 305 с.
5. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. М.: Академия. 2015. 208 с.

References

1. Ann L.F. Psihologicheskij trening s podrostkami. SPb.: Piter, 2016. 272 s.
2. Burmenskaya G.V. i dr. Vozrastno-psihologicheskij podhod v konsul'tirovanii detej i podrostkov. M.: Akademiya, 2002. 416 s.
3. Monina G.B. Psihologicheskoe konsul'tirovanie detej i podrostkov. SPb.: Izdatel'stvo Sankt-Peterburgskogo universiteta upravleniya i ekonomiki, 2011. 210 s.
4. Prihozhan A.M. Trevozhnost' u detej i podrostkov. M.: MPSI, 2011. 305 s.
5. Huhlaeva O.V. Osnovy psihologicheskogo konsul'tirovaniya i psihologicheskoy korrekcii: ucheb. posobie dlya studentov vyssh. ped. ucheb, zavedenij. M.: Akademiya. 2015. 208 s.

*Eliseeva V.O.,
Danilova M.V., Candidate of Pedagogic Sciences (Ph.D.), Associate Professor,
Vladimir State University named after A.G. and N.G. Stoletovs*

CONTENT OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF ADOLESCENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF ANXIETY

Abstract: the article is devoted to understanding the problem of psychological counseling of adolescents with different levels of anxiety. Adolescence is a crisis, the main features of adolescence are sharp, vivid, qualitative changes affecting all aspects of development. The determinants of adolescent anxiety can be: psychological situation in the family, personality traits of the adolescent, problems in interpersonal relationships and communications. The case of the symptoms of anxiety is described in detail, including: the constant need to hold something in swearing, tug, twist the hair, jerk the leg. A vivid manifestation of anxiety is the adolescent's inattention and stiffness, stuttering in speech. The article contains a theoretical and practical substantiation of the problem: the relevance of the problem, analysis of basic concepts, empirical research, further form of work with adolescents – a program of psychological counseling. The article also discusses some aspects of psychological counseling, what specific features of age should be taken into account when drawing up a psychological counseling program. The following methods are used in the implementation of the program: conversations, lectures, practical exercises, games, exercises. In the conclusion of the work, the predicted results are presented. The practical significance of the program is substantiated by the use of psychologists and educators in the work with anxious adolescents.

Keywords: anxiety, adolescents, interpersonal relationships, self-esteem, psychological counseling

Зиборова А.В.,
Данилова М.В., кандидат педагогических наук, доцент,
Владимирский государственный университет им. А.Г. и Н.Г. Столетовых

СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ САМОРЕГУЛЯЦИИ

Аннотация: в настоящее время подростки подвержены влиянию различных стрессовых факторов. Все это сопровождается изменениями, как в психическом, так и в физиологическом плане. Совокупность перечисленного может вызвать состояние беспомощности, агрессивность, подавленность. При изучении проявлений подросткового возраста и специфики саморегуляции подростков было выявлено, что саморегуляция в данном возрасте является особой проблемой и требует психологического воздействия. Для составления программы психологического консультирования был проведен анализ результатов первичной диагностики с целью установления взаимосвязи между уровнем саморегуляции и способами совладания подростков. Использовались следующие методики: опросник «Стиль саморегуляции поведения – ССП-98» В. И. Моросановой, опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. Результаты определили уровень саморегуляции подростков, способы совладающего поведения, позволили установить взаимосвязь между саморегуляцией и копинг-стратегиями подростков. На основе результатов исследования была предложена программа психологического консультирования подростков с разным уровнем саморегуляции, цель которой – формирование и укрепление навыков конструктивного реагирования в сложных ситуациях с учетом возрастных особенностей подростков и специфики их саморегуляции. Практическая значимость заключается в применении педагогами-психологами, школьными психологами программы психологического консультирования в образовательных учреждениях.

Ключевые слова: подростковый возраст, саморегуляция, совладающее поведение, копинг-стратегии, психологическое консультирование

Актуальность проблемы особенностей психологического консультирования подростков с разным уровнем саморегуляции обусловлена тем, что подростковый возраст характеризуется рядом изменений: физиологических, психических и др. Для этого возраста свойственны низкий уровень сформированности осознанной саморегуляции психических состояний и слабая способностью продумывать свои действия. Также подростки сталкиваются с различными жизненными выборами, в которых от них требуются самостоятельные действия (например, выбор экзаменационных предметов, определение профессионального пути и учебного заведения после окончания школы). Именно поэтому для формирования саморегуляции недостаточно естественного процесса взросления, в данном случае необходимо целенаправленное психолого-педагогическое воздействие.

В зарубежной психологии саморегуляция рассмотрена представителями различных психологических концепций: психоаналитической (З. Фрейд), бихевиоризма (А. Бандура, Б. Скиннер, Дж. Уотсон), когнитивизма (М. Арнольд, Дж. Келли, Р. Лазаруса, Ж. Пиаже), гуманистической психологии (А. Маслоу, Р. Мэй, К. Роджерса, В. Франкла). Отсюда можно вывести следующее определение: саморегуляция – это процесс, который защищает человека от деструктивного влияния внешних раздражителей и помогает приспособ-

иться личности к окружающей действительности [1].

С точки зрения отечественных авторов (О.А. Конопкина, С.Л. Рубинштейна, К.А. Абульхановой-Славской, М.И. Бобневой, Е.В. Шороховой, В.И. Моросановой) саморегуляция – это процесс, внутренней психической активности, в котором человек строит, поддерживает и управляет своей деятельностью, направленной на достижение целей.

Сложности саморегуляции поведения проявляются во многом в подростковый период. В данном возрасте часто встречаются специфические особенности поведения, например, склонность к протесту, демонстративному поведению, отказу от выполнения домашних обязанностей, подражание референтной личности и др. Также для них характерно использование неконструктивных способов поведения: уход от проблем, импульсивность, бурные эмоциональные реакции, порицаемое поведение, агрессия. Именно совокупность этих характеристик определяет необходимость изучения особенностей саморегуляции подростков. Наряду с проявлением беспомощности, пассивного поведения, или, наоборот, агрессивным поведением, реакцией эмансипации, продолжается процесс формирования мировоззрения и ценностных ориентаций, моральных принципов, с помощью которых происходит регуляция поведения. Следовательно, изучаемый период является благоприят-

ным для расширения знаний о саморегуляции учащихся [2].

В соответствии с обозначенной проблемой нами было проведено эмпирическое исследование, цель которого – установить взаимосвязь между уровнем саморегуляции и способами совладания подростков, а также разработать программу психологического консультирования подростков.

Исследование проводилось среди 21 учащегося в возрасте 14-15 лет на базе одной из школ Ивановской области.

Исследование проводилось с использованием методик:

– опросник «Стиль саморегуляции поведения – ССП-98» В. И. Моросановой;

– опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса.

Результаты исследования представлены следующим образом.

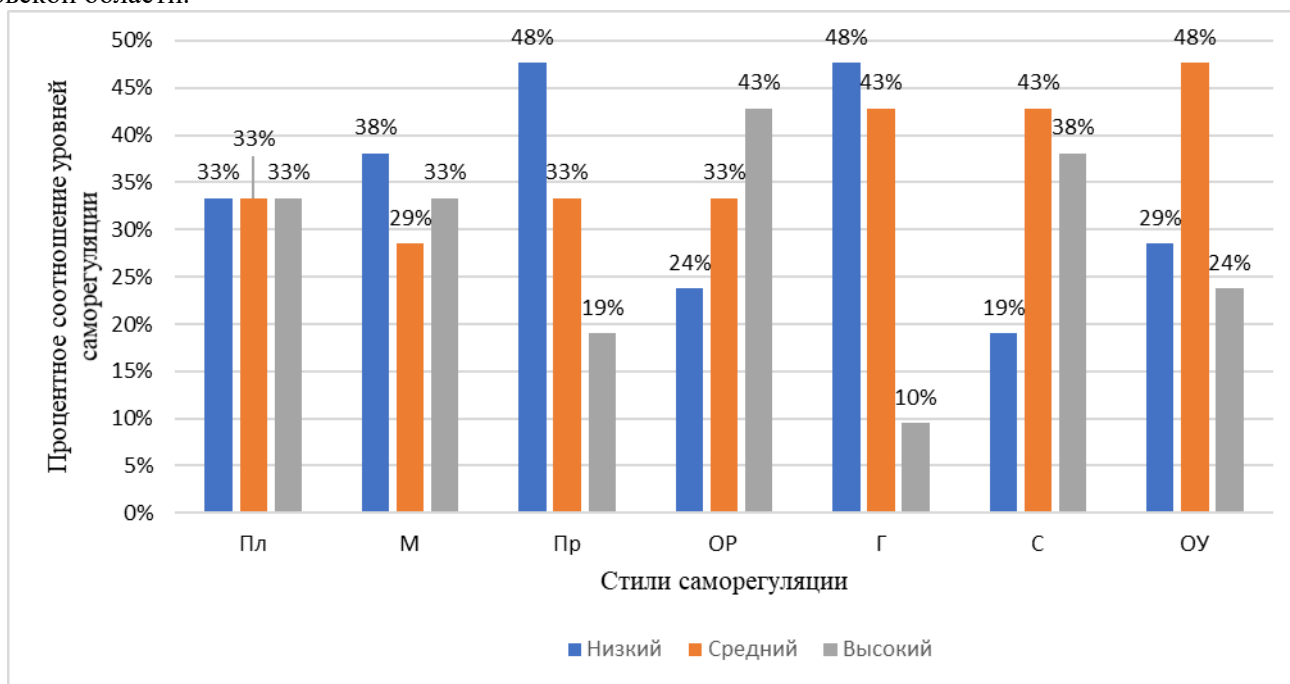


Рис. 1. Результаты исследования по опроснику «Стиль саморегуляции поведения – ССП-98» В. И. Моросановой

Результаты опросника «Стиль саморегуляции поведения – ССП-98» (см. рис. 1) показывают, что высокий общий уровень саморегуляции определен у 24% испытуемых, умеренный общий уровень саморегуляции – у 48%, и у 29% испытуемых низ-

кий общий уровень саморегуляции по данной шкале, это значит, что такие учащиеся могут быть подвластны мнению со стороны в стрессовых ситуациях, легко внушаемы.

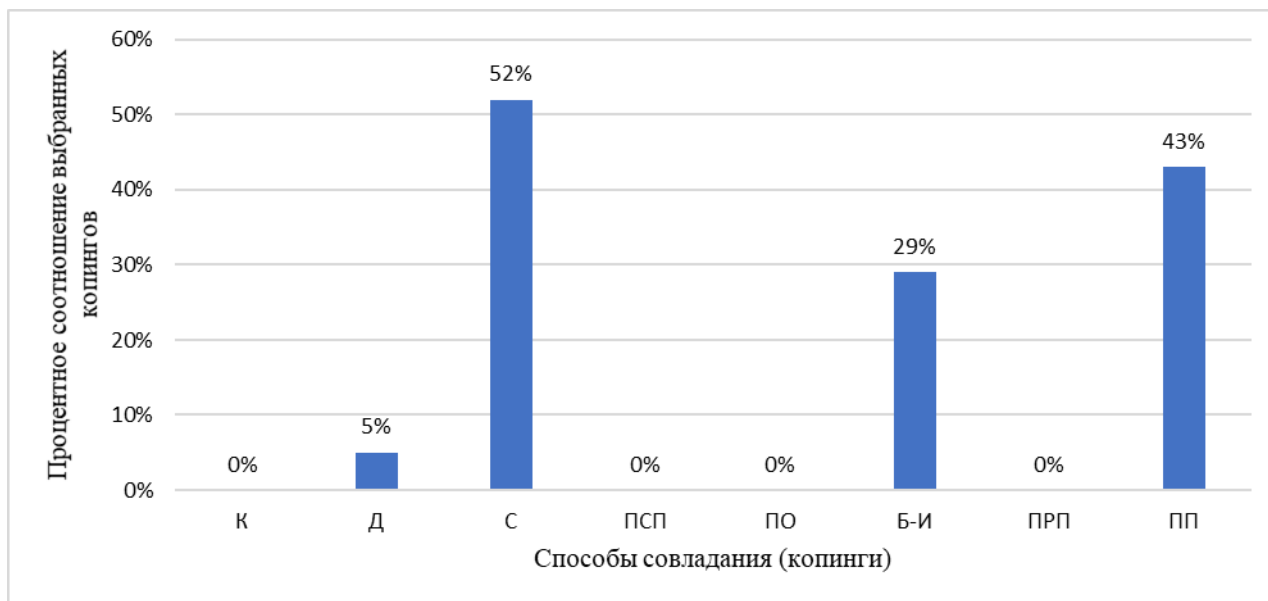


Рис. 2. Результаты исследования по опроснику «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

Результаты методики «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (см. рис. 2) показывают, что из 8 копингов доминирующими являются: дистанцирование, самоконтроль, бегство-избегание, положительная переоценка.

Результаты распределились следующим образом:

- а) дистанцирование – 5% испытуемых: личность пытается отделиться от проблемной ситуации, уйти в сторону, уменьшить ее влияние на себя;
- б) бегство-избегание – 29% учащихся: личность

мысленно стремится избежать проблемную ситуацию;

- в) положительная переоценка – 43% респондентов: личность пытается в проблемной ситуации найти положительные стороны, либо сфокусировать себя на этом;

- г) самоконтроль – 52% испытуемых: личность самостоятельно регулирует свое поведение и действия по отношению к ситуации.

По результатам обеих методик были определены общий уровень саморегуляции и доминирующий копинг. Результаты представлены на рис. 3:

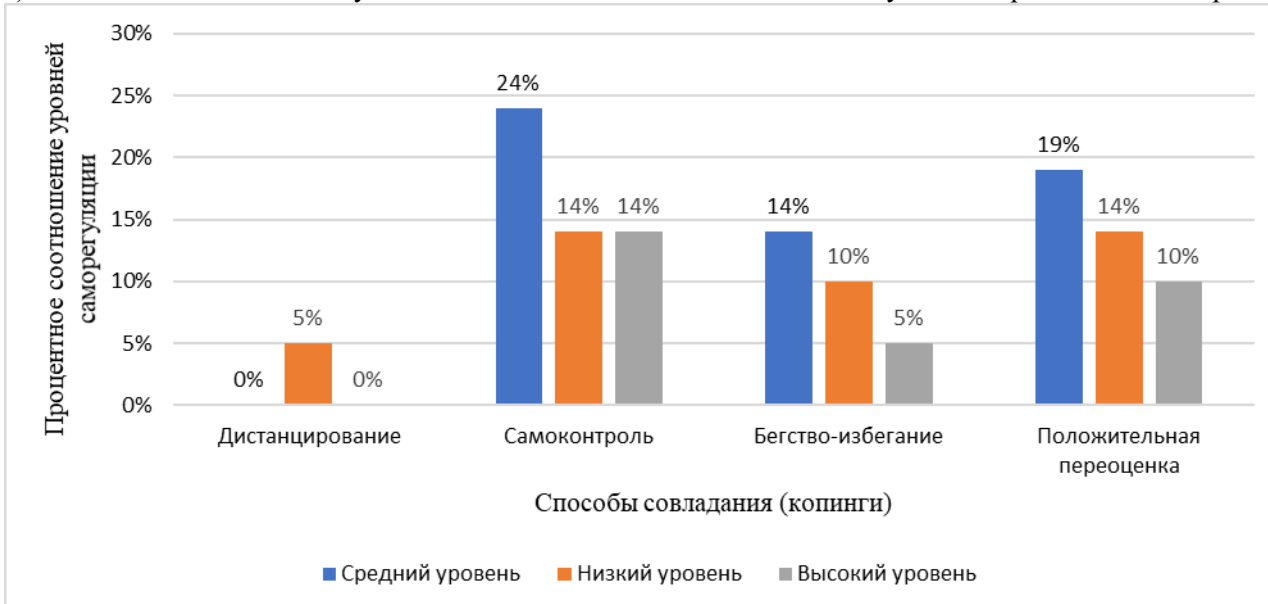


Рис. 3. Сравнение результатов методик «Стиль саморегуляции поведения – ССП-98» В.И. Моросановой и «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

Выводы по данным обеих методик:

1) высокий уровень саморегуляции представлен копингами: самоконтроль (14%), бегство-избегание (5%), положительная переоценка (10%);

2) средний уровень саморегуляции представлен копингами: самоконтроль (24%), бегство-избегание (14%), положительная переоценка (19%);

3) низкий уровень саморегуляции представлен копингами: дистанцирование (5%), самоконтроль (14%), бегство-избегание (10%), положительная переоценка (14%).

Таким образом, по результатам первичной диагностики определилось, что: по методике «Стиль саморегуляции поведения – СПП-98» 48% опрошенных имеют умеренный общий уровень саморегуляции. По результатам методики «Способы совладающего поведения» лидирующим копингом является самоконтроль – 52%.

Обобщив представленные результаты по обоим методикам, получаем, что испытуемые, имеющие:

– высокий уровень саморегуляции применяют копинг – самоконтроль (14%);

– средний уровень саморегуляции применяют копинг – самоконтроль (24%);

– низкий уровень саморегуляции применяют копинг – самоконтроль (14%) и положительная переоценка (14%).

Таким образом, испытуемые с разным уровнем саморегуляции используют копинг – самоконтроль, при котором личность самостоятельно регулирует свое поведение и действия по отношению к ситуации.

Результаты проведенного эмпирического исследования указывают на необходимость в разработке и проведении программы консультирования подростков с низким уровнем саморегуляции.

Психологическое консультирование – это процесс, в котором происходит взаимодействие консультанта и человека, пришедшего за помощью, в нем специалист использует свои знания и навыки, чтобы помочь клиенту в поиске пути к решению его проблем.

В консультировании подростков есть определенные особенности. Например, подросток может быть настроен не на самостоятельное определение проблемы при помощи консультанта, а на предложение готового решения. Возможно, что подросток не настроен на беседу по причине только желания родителей разобраться в ситуации, а не осознания проблемы им самим. В таких ситуациях

требуется наладить эмоционально-положительный контакт [5].

Также следует учитывать, что подростку часто трудно объяснить, что с ним происходит. Консультант может столкнуться с тем, что с ним не пойдут на контакт, поэтому потребуется удержать интерес, подводить к тому, чтобы подросток был сосредоточен на одной проблеме [3].

На основе анализа программы Е.В. Шигориной, призванной помочь подросткам в поиске способов реагирования на стрессоры [6], и программы М.А. Студеновой, направленной на развитие сильных сторон подростка, приспособление его к жизни в обществе, борьбу с нерешимостью, страхом, формирование продуктивных способов саморегуляции [4], была разработана программа психологического консультирования подростков с разным уровнем саморегуляции.

Программа консультирования подростков с разным уровнем саморегуляции предполагает групповую форму работы и предназначена для участников возраста 14-15 лет. Рекомендуемая продолжительность составляет не менее трех месяцев, 1 раз в неделю по 45-60 минут.

При проведении программы предполагается учитывать разный уровень саморегуляции подростков в групповом взаимодействии. Так, например, для испытуемых с высоким и средним уровнем саморегуляции характерна быстрая адаптация к новым условиям и наиболее осознанное достижение целей, но, поскольку они подвергаются стрессорам, целесообразно актуализировать знания о способах саморегуляции и совладания со стрессом. Испытуемые же с низким уровнем саморегуляции менее адаптивны, часто подвержены чужому мнению и зависимы от сложившейся ситуации, поэтому для них требуется формирование способов поведения в конфликтных и стрессовых ситуациях, общения с людьми, информирование о способах релаксации.

Цель программы: формирование и укрепление навыков конструктивного реагирования в сложных ситуациях у подростков.

Задачи:

1) психологическое просвещение учащихся по вопросам саморегуляции;

2) профилактика возникновения конфликтных ситуаций;

3) помощь в развитии потенциала для эффективного создания различных общественных контактов;

4) помощь в освоении продуктивных копинг-стратегий.

Таблица 1

Качества личности – цели программы психологического консультирования подростков с разным уровнем саморегуляции

Когнитивный блок	Мотивационный блок	Эмоциональный блок	Социальный блок
Информирование подростков об особенностях саморегуляции	Осознание подростками собственных неконструктивных способов саморегуляции	Формирование умения выбирать конструктивные способы саморегуляции	Формирование умения конструктивно реагировать на стрессовые ситуации
Формирование умения действовать в конфликтных ситуациях	Осознание подростками собственных способов действия в конфликтных ситуациях	Формирование умения контролировать свое поведение в конфликтных ситуациях	Формирование умения решать конфликтные ситуации
Развитие коммуникативных навыков	Формирование интересов и увлечений, способствующих развитию коммуникативных навыков	Формирование навыков бесконфликтного общения, мотивации к анализу собственных действий	Формирование умения излагать свои мысли, выслушивать и принимать точку зрения других людей
Информирование подростков о копинг-стратегиях	Осознание подростками того, в каких ситуациях и какие копинг-стратегии они используют	Информирование о способах релаксации	Формирование умения справляться со стрессовыми ситуациями конструктивными способами

Целесообразно расширить диагностический инструментарий при работе с учащимися на предмет:

1) определения личностных особенностей подростков: Опросник Г. Айзенка ЕРІ, Методика «Самооценка личности» О.И Моткова, Опросник Мини-Мульт (сокращенный вариант ММРІ) Ф.Б. Березина, М.П. Мирошников;

2) оценки межличностных отношений в учебном коллективе: Метод социометрических измерений (Социометрия) Дж. Морено, Методика определения индекса групповой сплоченности К.Э. Сизора, Методика оценки психологической атмосферы в коллективе А.Ф. Фидлера;

3) установления дополнительных параметров саморегуляции: Методика «Локус контроля» Дж. Роттера, Опросник самоотношения В.В. Столина, С.Р. Пантелеева.

В программе предполагается использование таких методов, как: беседа, групповая дискуссия, игра, лекция.

Метод беседы позволяет наладить контакт с ее участниками, выяснить характерные способы реагирования в стрессовых ситуациях, используемые методы саморегуляции, что поможет в дальнейшем построить консультативную работу.

Цель групповых дискуссий – облегчить самораскрытие участников, актуализировать знания по заданным темам, рассмотреть различные позиции подростков относительно проблематики вопросов, прийти к единому мнению. Примерами групповых дискуссий могут быть следующие темы: «Стресс, какой он?», «Как реагировать в конфликтной си-

туации?», «Проблемы саморегуляции среди подростков».

Игровые методы используются с целью активизации деятельности в группе, повышения эмоционального настроения, получения знаний и умений, которые можно будет использовать в жизни. В пример можно привести такие игры как: «Передай тепло другу», «Встреча на узком мостике», «Смятый лист».

После проведения программы психологического консультирования подростков с разным уровнем саморегуляции предполагается, что подростки получат интересующую информацию о конструктивных способах реагирования на стрессоры, изучат новые для себя модели поведения в различных ситуациях.

Таким образом, актуальность проблемы особенностей психологического консультирования подростков с разным уровнем саморегуляции обусловлена тем, что подростковый возраст характеризуется рядом изменений: физиологических, психических и др. Зачастую подросткам трудно совладать со стрессом и сделать выбор относительно своей дальнейшей жизни. Поскольку на них влияют различные стрессовые факторы, с которыми им нужно совладать, был сделан вывод о потребности в психологическом консультировании.

Анализ источников показал, что консультирование подростков имеет особенности, которые необходимо учитывать при построении продуктивного взаимодействия. Основные методы, определяющие интерактивный характер работы: беседа, групповая дискуссия, игра, лекция.

Литература

1. Антилогова Л.Н., Черкевич Е.А. Саморегуляция психических состояний личности в подростковый период // Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2017. № 3. С. 18 – 23. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/samoregulyatsiya-psihicheskikh-sostoyaniy-lichnosti-v-podrostkovyy-period> (дата обращения: 10.10.2020)
2. Регуш Л.А. Психологические проблемы российских подростков. СПб.: Изд-во Элви-Принт, 2017. 297 с.
3. Мони́на Г.Б., Лютова-Робертс Е.К. Психологический инструментарий в процессе консультирования. СПб.: Речь, 2002. 192 с. Режим доступа: <https://psy.1sept.ru/article.php?ID=200800918> (дата обращения: 16.10.2020)
4. Студенова М.А. Программа психологического сопровождения подростков «Мы вместе». Режим доступа: <https://urok.1sept.ru/articles/652507> (дата обращения: 16.10.2020)
5. Самоукина Н. Практический психолог в школе: лекции, консультирование, тренинги. М.: ИНТОР, 1997. 225 с.
6. Шигорина Е.В. Программа «Саморегуляция как метод самопомощи в стрессовых ситуациях» // Система поддержания психического здоровья детей, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС: Научное-метод. пособие / Отв. ред. Л.А. Пергаменик. Гомель: РНИУП "Институт радиологии", 2004. С. 135 – 146.

References

1. Antilogova L.N., Cherkovich E.A. Samoregulyatsiya psichicheskikh sostoyaniy lichnosti v podrostkovyj period. Vestnik Omskogo universiteta. Seriya «Psihologiya». 2017. № 3. S. 18 – 23. Rezhim dostupa: <https://cyberleninka.ru/article/n/samoregulyatsiya-psihicheskikh-sostoyaniy-lichnosti-v-podrostkovyy-period> (data obrashcheniya: 10.10.2020)
2. Regush L.A. Psihologicheskie problemy rossijskikh podrostkov. SPb.: Izd-vo Elvi-Print, 2017. 297 s.
3. Monina G.B., Lyutova-Roberts E.K. Psihologicheskij instrumentarij v processe konsul'tirovaniya. SPb.: Rech', 2002. 192 s. Rezhim dostupa: <https://psy.1sept.ru/article.php?ID=200800918> (data obrashcheniya: 16.10.2020)
4. Studenova M.A. Programma psichologicheskogo soprovozhdeniya podrostkov «My vmeste». Rezhim dostupa: <https://urok.1sept.ru/articles/652507> (data obrashcheniya: 16.10.2020)
5. Samoukina N. Prakticheskij psicholog v shkole: lekicii, konsul'tirovanie, treningi. M.: INTOR, 1997. 225 s.
6. SHigorina E.V. Programma «Samoregulyatsiya kak metod samopomoshchi v stressovyh situacijah». Sistema podderzhaniya psichicheskogo zdorov'ya detej, postradavshih ot katastrofy na Chernobyl'skoj AES: Nauchnoe-metod. Posobie. Otv. red. L.A. Pergamenshchik. Gomel': RNIUP "Institut radiolo-gii", 2004. S. 135 – 146.

Ziborova A.V.,

*Danilova M.V., Candidate of Pedagogic Sciences (Ph.D.), Associate Professor,
Vladimir State University named after A.G. and N.G. Stoletovs*

CONTENT OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF ADOLESCENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF SELF-REGULATION

Abstract: nowadays adolescents are exposed to various stress factors. All this is accompanied by changes, both psychologically and physiologically. The combination of the above can cause a state of helplessness, aggressiveness, depression. When studying the manifestations of adolescence and the specifics of self-regulation of adolescents, it was revealed that self-regulation at this age is a special problem and requires psychological influence. To draw up a program of psychological counseling, an analysis of the results of primary diagnostics was carried out in order to establish the relationship between the level of self-regulation and the methods of coping among youngsters. The following methods were used: the questionnaire "Style of self-regulation of behavior - SSP-98" by V.I. Morosanova, the questionnaire "Methods of coping behavior" by R. Lazarus. The results determined the level of self-regulation of adolescents, methods of coping behavior, made it possible to establish the relationship between self-regulation and coping strategies of adolescents. Based on the results of the study, a program of psychological counseling for adolescents with different levels of self-regulation was proposed, the purpose of which is to form and strengthen the skills of a constructive response in difficult situations, taking into account the age characteristics of adolescents and the specifics of their self-regulation. The practical significance lies in the application of psychological counseling programs by educational psychologists and school psychologists in educational institutions.

Keywords: adolescence, self-regulation, coping behavior, coping strategies, psychological counseling

**Коренева Е.В.,
Родионова Е.А., кандидат психологических наук, доцент,
Санкт-Петербургский государственный университет**

МОТИВАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ СОТРУДНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Аннотация: исследование направлено на изучение мотивационных характеристик психологического благополучия сотрудников стоматологической поликлиники. В исследовании приняли участие 70 специалистов, работающих в одной из государственных стоматологических поликлиник города Санкт-Петербурга. Возраст респондентов варьировался от 25 до 75 лет. Для изучения мотивационных характеристик сотрудников использовалась методика: "Возможность реализации мотивов" В.И. Доминьяка, Е.А. Родионовой. Для изучения психологического благополучия была использована: "Шкала психологического благополучия Варвик-Эдинбург" Р. Теннант, адаптация С.К. Нартова-Бочавер. В ходе эмпирического исследования на выборке изучались мотивационный профиль и оценка возможности реализации мотивов, а также психологическое благополучие сотрудников стоматологической поликлиники. Обнаружены положительные статистически значимые корреляционные связи между психологическим благополучием и возможностью реализации мотивов, между психологическим благополучием и значимыми мотивами, проведен регрессионный анализ для уточнения полученных результатов. В статье обсуждается применение полученных результатов и их практическая значимость.

Ключевые слова: психологическое благополучие, мотивационные характеристики, сотрудники стоматологической поликлиники

Введение

В научной литературе существуют исследования психологического благополучия сотрудников разных медицинских специальностей, но исследований посвященных изучению этого феномена у врачей-стоматологов не так много. По данным Росстата за 2019 год, примерно каждый 11 врач в России является стоматологом, стоматология уже много лет одна из самых востребованных медицинских специальностей [6]. Поэтому, мы хотим дополнить научное знание новыми данными в этой области: выявить и исследовать мотивационные характеристики психологического благополучия у сотрудников стоматологической поликлиники.

Психологическое благополучие мы определяем вслед за К. Рифф «как базовый субъективный конструкт, отражающий восприятие и оценку своего функционирования с точки зрения вершины человеческих потенциальных возможностей» [4, с. 82]. Таким образом, мы видим, что главным является именно внутренняя оценка человеком своего текущего состояния как удовлетворяющего его.

В научной литературе есть исследование, где на выборке государственных служащих было показано, что их и профессиональное, и психологическое благополучие зависит от мотивационной сферы служащих [1].

Результаты нашего исследования позволят детальной исследовать специфику психологического благополучия у врачей, изучить их мотивационные характеристики. Эти данные можно будет использовать при разработке практических рекомендаций по повышению психологического благопо-

лучия врачей, что будет повышать качество оказываемой медицинской помощи в нашей стране.

Методы исследования

Исследование проводилось в письменном виде, сотрудникам стоматологической поликлиники была предложена анкета, которая отражала данные демографического характера: пол, возраст, должность, стаж работы и несколько методик. В качестве психодиагностических методик применялись: "Возможность реализации мотивов" В.И. Доминьяка, Е.А. Родионовой [3] и "Шкала психологического благополучия Варвик-Эдинбург" Р. Теннант, адаптация С.К. Нартова-Бочавер [2, 5, 7].

Результаты исследования и их обсуждение

Выборку исследования составили 70 специалистов, работающих в одной из государственных стоматологических поликлиник города Санкт-Петербурга. Возраст респондентов варьировался от 25 до 75 лет ($M=45$, $\sigma=11$). По полу преобладали женщины (83% всей выборки). Выборку составили такие сотрудники как: врачи-стоматологи 57%, медицинские сестры 27%, зубные техники 10% и заведующие отделениями 6%. Средний общий стаж работы составил 22,5 лет, в данной поликлинике средний стаж работы 17,7 лет. При обработке результатов исследования использовался пакет программ SPSS 22.0.

Анализ средней оценки по каждому мотиву в методике «Возможность реализации мотивов» (ВРМ), который представлен на рис. 1, показал, что наиболее высокую личностную значимость для респондентов представляют мотивы Материальный достаток (8,21 баллов), Ощущение стабильности, надежности (8,14 баллов).

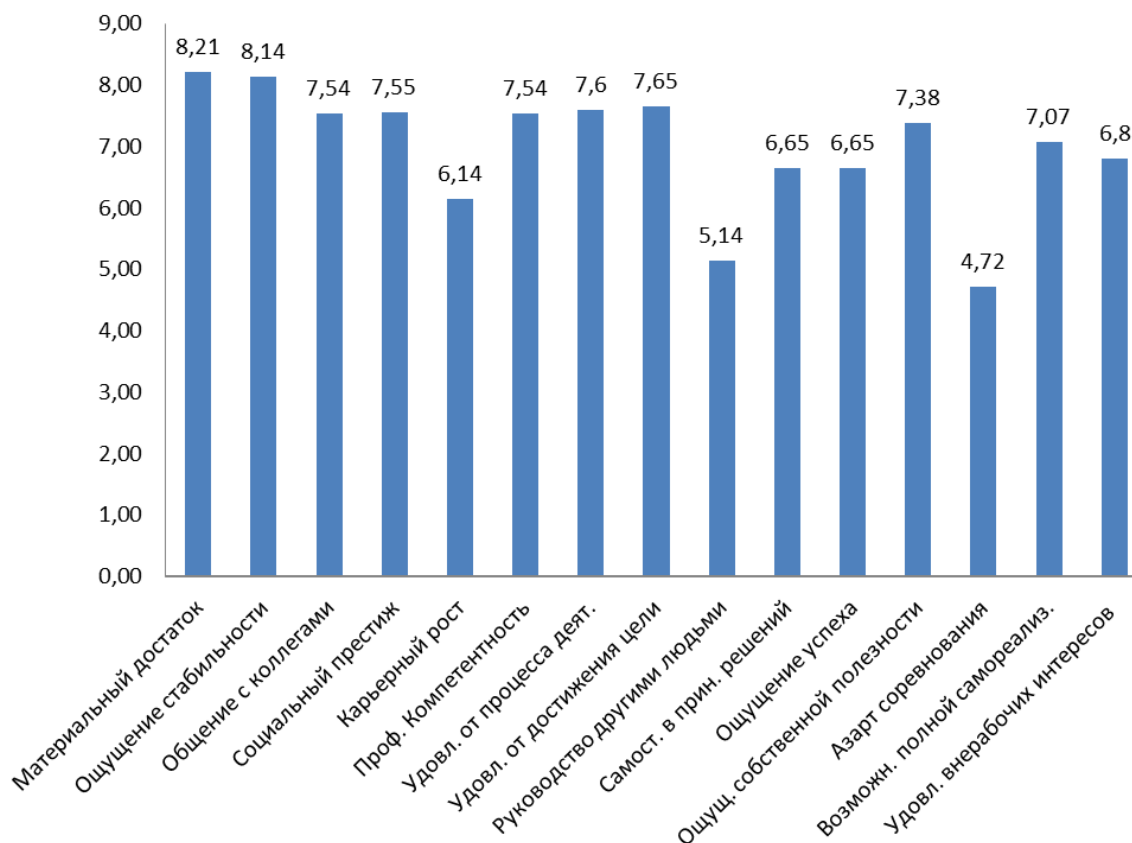


Рис. 1. Личная значимость мотивов для респондентов (средние значения)

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что для сотрудников стоматологической поликлиники главными мотивами работы служат материальный достаток при ощущении стабильности и надежности. Также, для них важнее получать удовлетворение от результата и процесса деятельности, чувствовать уважение, чем от управления и соревнования друг с другом.

Проанализируем результаты оценки возможности реализации мотивов с мотивационным профилем. Статистические значимые изменения (по критерию Вилкоксона) выявились между реализацией мотива в организации и его личной значимостью по мотивам: Материальный достаток ($p=0,00001$),

Ощущение стабильности, надежности ($p=0,00007$), Ощущение собственной полезности, служение людям ($p=0,0008$). Это означает, что сотрудники предпочитают более высокий уровень заработной платы, более высокий уровень стабильности, чем получают на своей работе сейчас. Это связано с тем, что сотрудники не всегда могут влиять на свой уровень заработной платы. Существующая рейтинговая система и требования создают определенный дискомфорт в ощущении стабильности. Зато, поликлиника предоставляет больше возможностей для реализации ощущения собственной полезности, чем хочется работникам (см. рис. 2).



Рис. 2. Оценка возможности реализации мотивов и мотивационный профиль респондентов

По мнению респондентов, поликлиника в наибольшей степени помогает реализовать мотив Ощущение собственной полезности, служение людям (8,25 баллов), который, так же, имеет высокую личную значимость для респондентов (7,38 баллов). А так же мотив Азарт соревнования (5,11 баллов) при личной значимости (4,72 баллов). В целом картина предпочтений и реальных возможностей по реализации мотивов у сотрудников поликлиники почти совпала, мы можем говорить о мотивационном соответствии сотрудников своей работе.

При измерении уровня психологического благополучия с помощью методики Варвик-Эдинбург было выявлено отсутствие статистически значи-

мых различий между уровнем психологического благополучия у сотрудников с разными должностями. Между тем, наивысшие показатели психологического благополучия имеют зубные техники и медицинские сестры поликлиники. В свою очередь, самые низкие показатели психологического благополучия имеют врачи и заведующие отделениями. Интерпретировать результаты можно с позиции ответственности данных специалистов. Так, врачи-стоматологи и заведующие отделениями несут ответственность за действия своих подчиненных: врач за действия медицинской сестры, а заведующий – за действия врача. Уровень психологического благополучия сотрудников стоматологической поликлиники представлен в табл. 1.

Таблица 1

Уровень психологического благополучия сотрудников

Должность	Количество респондентов	М	σ
Врач	40	53	9,53
Медицинская сестра	19	56	6,99
Зубной техник	7	59	6,77
Заведующий отделением	4	54	7,39

Далее рассмотрим результаты, полученные с помощью корреляции Спирмена. Результаты, полученные по итогам корреляционного анализа, для изучения взаимосвязи психологического благополучия и возможности реализации мотивов показали, что существуют статистически достоверные положительные корреляции психологического благополучия и следующих мотивов, которые можно реализовать в поликлинике: повышение профессиональной компетентности; удовлетво-

ренность процессом; удовлетворенность результатом; управление другими людьми; ощущение собственной полезности; ощущение успеха; свобода и самостоятельность; азарт соревнования; удовлетворение вне рабочих интересов. Это говорит о том, что чем выше сотрудники оценивают свое психологическое благополучие, тем выше они оценивают и возможность реализации данных мотивов в поликлинике (см. рис. 3).

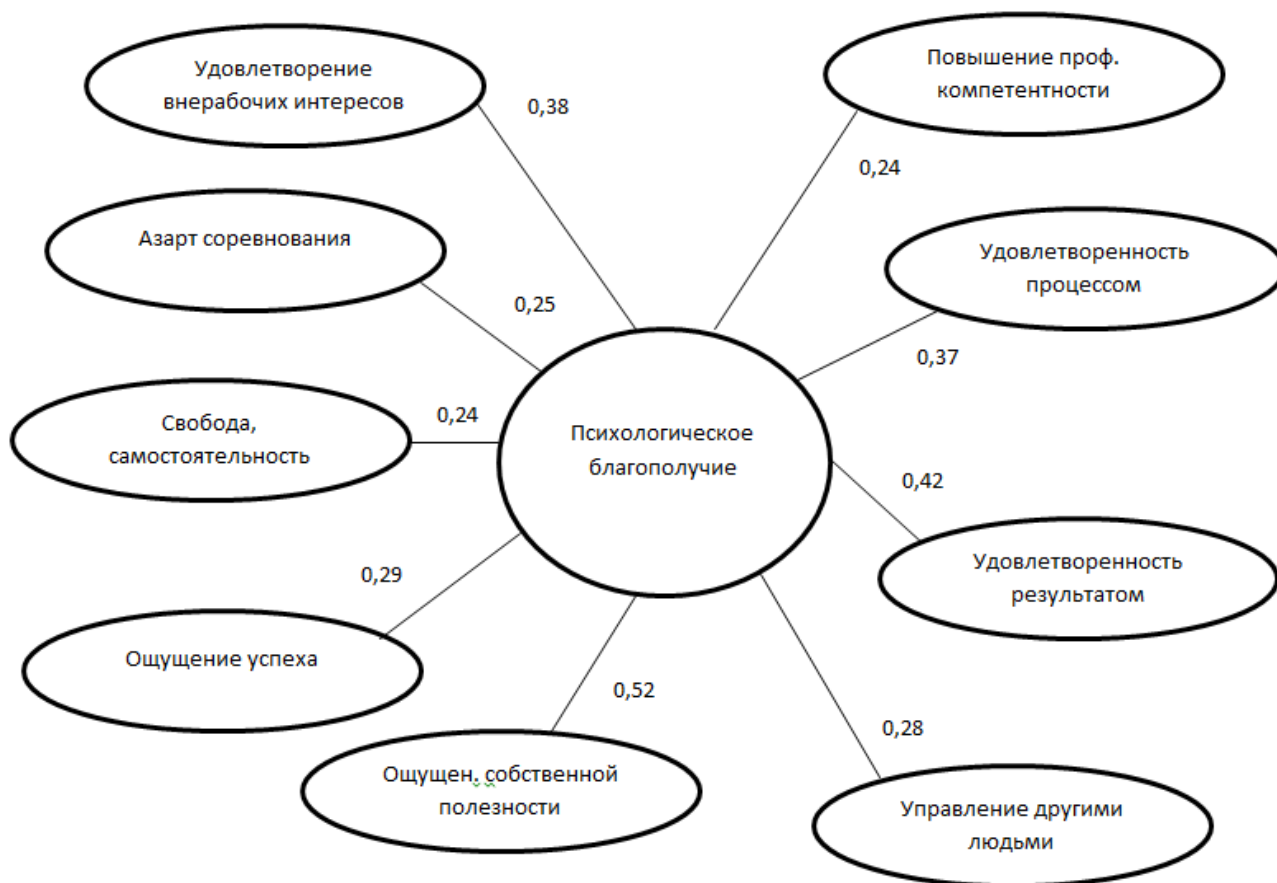


Рис. 3. Корреляционная плеяда связи психологического благополучия и возможности реализации мотивов

По данным регрессионного анализа обнаружена связь психологического благополучия с тремя мотивами, которые можно реализовать на работе: ощущение собственной полезности, служение людям; управление, руководство другими людьми и материальный достаток ($R^2=0,50$).

По полученным данным, 50% дисперсии психологического благополучия объясняется влиянием трех предикторов (управление, служение лю-

дям, материальный достаток) в построенной модели. Данная модель обладает средней объяснительной силой, и нуждается в дополнительной проверке на более многочисленной выборке. Причем общее качество полученной модели: ее достоверность по уровню значимости $F=21,939$, $p=0,000$.

Коэффициенты множественной регрессионной модели психологического благополучия представлены в табл. 2.

Таблица 2

Коэффициенты множественной регрессионной модели психологического благополучия, предикторы реализуемые мотивы

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знач.
	B	Стандартная Ошибка	Бета		
1 (Константа)	33,807	3,570		9,471	,000
Управление, руководство другими людьми	,789	,264	,271	2,996	,004
Ощущение собственной полезности, служение людям	2,750	,387	,632	7,103	,000
Материальный достаток	-,894	,315	-,258	-2,838	,006

Табл. 2 со стандартизованными коэффициентами показывает, что самое сильное влияние на психологическое благополучие оказывает ощущение собственной полезности, служение людям (связь прямая, коэффициент равен 0,632, $p=0,000$). Далее идет управление, руководство другими людьми (связь прямая, коэффициент равен 0,271, $p=0,004$). А материальный достаток имеет отрицательный бета-коэффициент (связь обратная, коэффициент

равен -0,258, $p=0,006$). Что означает, чем больше человек реализует на работе мотив материального достатка, тем ниже у него показатель психологического благополучия. А чем выше реализация мотивов служения людям и руководства, тем выше психологическое благополучие.

Теперь рассмотрим взаимосвязи психологического благополучия и значимости реализации мотивов (см. рис. 4).

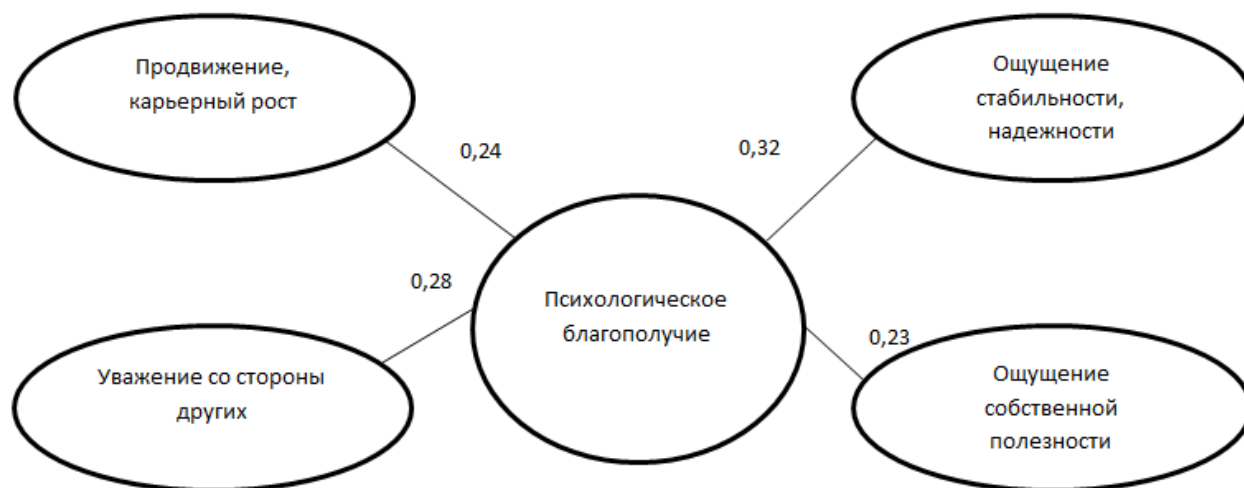


Рис. 4. Корреляционная плеяда связи психологического благополучия и значимости реализации мотивов

Как мы видим, психологическое благополучие положительно коррелирует со следующими значимыми мотивами: ощущение стабильности, надежности; ощущение собственной полезности; уважение со стороны других; продвижение, карьерный рост. Таким образом, чем выше сотрудники оценивают свое психологическое благополучие, тем выше они оценивают и значимость реализации данных мотивов в поликлинике.

По данным регрессионного анализа обнаружена связь психологического благополучия с двумя значимыми мотивами: уважение со стороны других, социальный престиж; удовлетворение от достижения цели, результата деятельности ($R^2=0,184$). Это означает, что 18% дисперсии психологического благополучия объясняется влиянием данных предикторов в построенной модели. Данная модель обладает достаточно слабой объяснительной силой, тем не менее, она заслуживает внимания, а также нуждается в дополнительной проверке на более многочисленной выборке. Общее качество полученной модели: ее достоверность по уровню значимости $F=7,574$, $p=0,001$. Причем самое сильное влияние на психологическое благополучие оказывает уважение со стороны других, социальный престиж (связь прямая, коэффициент равен 0,305, $p=0,009$). Далее идет удовле-

творение от достижения цели, результата деятельности (связь прямая, коэффициент равен 0,245, $p=0,034$). Что означает, чем выше человек оценивает как значимые для себя мотивы уважения и удовлетворения от результата деятельности, тем выше показатель его психологического благополучия.

Выводы и заключение

По результатам проведенного эмпирического исследования мы можем сделать следующие выводы:

1. Сотрудники поликлиники демонстрируют мотивационное соответствие своей работе. Главными мотивами работы служат материальный достаток при ощущении стабильности и надежности.

2. Психологическое благополучие взаимосвязано с мотивами, которые можно реализовать в поликлинике, половина дисперсии психологического благополучия объясняется влиянием трех мотивов-предикторов: ощущением собственной полезности, руководством другими людьми, материальным достатком; благополучие связано со значимыми мотивами сотрудников.

Полученные результаты нашего исследования позволят детальней исследовать специфику психологического благополучия у врачей, сотрудников других поликлиник, не только стоматологических.

Результаты проведенного нами исследования обладают в данном случае и практической значимостью. На их основании мы можем предложить практические рекомендации, которые направлены на систему стимулирования сотрудников, а также на формирование организационных моментов, ко-

торые помогут способствовать психологическому благополучию работников стоматологической поликлиники. Следует опираться на мотивы сотрудников, на их оценку возможности реализации мотивов.

Литература

1. Бояркин М.Ю. Психологическое и профессиональное благополучие государственных служащих: монография / ФГОУ ВПО «Волгоградская академия государственной службы». Волгоград: Изд-во ФГОУ ВПО ВАГС, 2007. 218 с.
2. Довжик Л.М., Бочавер К.А. Психология спортивной травмы: монография. М.: Спорт, 2020. 264 с.
3. Доминьяк В.И. Организационная лояльность: модель реализации ожиданий работника от своей организации: автореф. дис. ... на соиск. уч. ст. канд. псих. наук. СПб.: СПбГУ, Изд-во "Лема", 2006. 18 с.
4. Жуковская Л.В., Трошихина Е.Г. Шкала психологического благополучия К. Рифф // Психологический журнал. 2011. № 2. С. 82 – 93.
5. Нартова-Бочавер С.К., Резниченко С.И., Брагинец Е.И., Подлипняк М.Б. Образ реального и идеального дома как модератор позитивного функционирования личности // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6 № 4. С. 9 – 22.
6. Российский статистический ежегодник. 2020: Стат.сб./Росстат. М., 2020. 700 с.
7. Tennant R., Hiller L., Fishwick R., Platt S., Joseph S., Weich S., Parkinson J., Secker J, Stewart-Brown S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and validation. Health and Quality of Life Outcomes, 5, 63.

References

1. Boyarkin M.YU. Psihologicheskoe i professional'noe blagopoluchie gosudarstvennyh sluzhashchih: monografiya. FGOU VPO «Volgogradskaya akademiya gosudarstvennoj sluzhby». Volgograd: Izd-vo FGOU VPO VAGS, 2007. 218 s.
2. Dovzhik L.M., Bochaver K.A. Psihologiya sportivnoj travmy: monografiya. M.: Sport, 2020. 264 s.
3. Dominyak V.I. Organizacionnaya loy'al'nost': model' realizacii ozhidaniy rabotnika ot svoej organizacii: avtoref. dis. ... na soisk. uch. st. kand. psih. nauk. SPb.: SPbGU, Izd-vo "Lema", 2006. 18 s.
4. Zhukovskaya L.V., Troshihina E.G. SHkala psihologicheskogo blagopoluchiya K. Riff. Psihologicheskij zhurnal. 2011. № 2. С. 82 – 93.
5. Nartova-Bochaver S.K., Reznichenko S.I., Braginec E.I., Podlipnyak M.B. Obraz real'nogo i ideal'nogo doma kak moderator pozitivnogo funkcionirovaniya lichnosti. Social'naya psihologiya i obshchestvo. 2015. Т. 6 № 4. S. 9 – 22.
6. Rossijskij statisticheskij ezhegodnik. 2020: Stat.sb./Rosstat. M., 2020. 700 s.
7. Tennant R., Hiller L., Fishwick R., Platt S., Joseph S., Weich S., Parkinson J., Secker J, Stewart-Brown S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and validation. Health and Quality of Life Outcomes, 5, 63.

**Koreneva E.V.,
Rodionova E.A., Candidate of Psychological Sciences (Ph.D.), Associate Professor,
Saint-Petersburg State University**

MOTIVATIONAL CHARACTERISTICS OF THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF DENTAL CLINIC EMPLOYEES

Abstract: the work is devoted to the study of motivational characteristics of the psychological well-being of dental clinic employees. The study involved 70 specialists working in one of the state dental clinics of St. Petersburg. Respondent age varied in the range from 25 to 75 years. To study the motivational characteristics of employees, V.I. Dominyak's methodology "The possibilities for the realization of motivators" was used. To study psychological well-being, the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale by R. Tennant and its adaptation by S.K. Nar-tova-Bochaver were applied. In the course of the empirical study, motivational profile and the assessment of the possibility of implementing the motives as well as psychological well-being of the employees of the dental clinic were studied on a sample. Positive statistically significant correlations were found between psychological well-being and the possibility of implementing motives as well as between psychological well-being and significant motives; a regression analysis was performed to clarify the results. The applications of the obtained results and their practical significance are also discussed.

Keywords: psychological well-being, motivational characteristics, dental clinic employees

Лунина А.Д., аспирант,
Московский государственный областной университет

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ОТЦА В ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННОМ МИРЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДОЧЕРИ

Аннотация: определение места отца в современном обществе и анализ влияния отца на развитие дочери.

Контекст и актуальность. Мировое психологическое сообщество признает важнейшую роль отца в жизни и психосексуальном развитии дочери, а также в возможной взаимосвязи пережитого женщиной типа отцовства в родительской семье и ее способах выбора партнера противоположного пола. Выстраивание ранних межличностных отношений с отцом во многом характеризует дальнейший путь развития личной жизни женщины. Такие авторы психоаналитического направления, как Зигмунд Фрейд, Мишель Фэн и Дениз Брауншвиг, Жак Лакан, Дональд Вудс Винникотт, Уилфред Бион, Джойс МакДугалл, Жанин Шассге-Смиртель и др., на примерах теоретических построений и индивидуальной психоаналитической работы показывают, что отец формирует у девочки представление не только о правилах и социальных нормах (Закон Отца), но и играет важнейшую роль в становлении и формировании личности, самооценке и представлениях о гендерных ролях во взрослой жизни. Целью данной статьи является освещение различных взглядов авторов психоаналитического направления на психосексуальное развитие девочки и его влияния в дальнейшем на жизнь женщины.

Используемая методология. Анализ литературных источников и теоретических концептов.

Основные выводы. Понятие отцовства и восприятие фигуры отца эволюционировали на протяжении развития человеческого общества, продолжают изменяться и по сей день и зависят от рассматриваемого культурного и исторического периода. С точки зрения психоаналитического направления, первичные объектные отношения с отцом оказывают существенное влияние на психосексуальное развитие дочери. Идентификация с отцом и интернализация его образа может приводить к женскому гомосексуализму.

Ключевые слова: отцовство, образ отца, отец в культурном и историческом пространстве, психоанализ, психосексуальное развитие женщины

Отец в историческом контексте

Рассматривать фигуру отца, сферу его влияния внутри семьи и в обществе, роль в воспитании детей невозможно в отрыве от культурного и исторического контекста. Отцовство это не только родительство, также оно включает в себя такие понятия, как: закон, лидерство, власть, забота, защита.

Роль матери, в отличие от роли отца, куда более однозначна, материнство мало изменялось на протяжении эволюции человеческого общества, по сути, роль матери является биологически детерминированной. Мать – это продукт биологии. Отец – это продукт развития общества и зависит от социальных и культурных предпосылок, в которых развивается, и от той теоретической базы, на которую опираются исследователи феномена отцовства.

Различие между ролями матери и отца подчеркивает американский антрополог Маргарет Мид. Она указывает на тот факт, что у большинства биологических видов отцовство заключается только лишь в акте зачатия, почти у 95% млекопитающих отец не занимает существенного места в жизни детей и детенышей. У тех же видов, где отец принимает роль в воспитании и заботе о потомстве, его функции, в основном, сводятся, только лишь к защите от внешних угроз и жизнеобеспе-

чению. В то время как материнство – это крайне сложное понятие и почти у всех видов включается в себя такие функции как: вынашивание, забота и выращивание потомства [11 с. 179, 181].

Отцовство в человеческом обществе – наследие той культуры, в которой данный феномен рассматривается [2, 3].

В архаическом обществе отцовство являлось показателем мужской силы, потентности, и принималось за одно из проявлений маскулинности. Практически во всех культурных традициях мужское бесплодие считалось постыдным фактом, требующим сокрытия. Наиболее распространены варианты, когда мужское бесплодие вовсе отрицалось, невозможность зачать ребенка считалась исключительно женской проблемой [6]. Воспоминание об этом, в коллективном бессознательном, красиво отражено в романе М. Этвуд «Рассказ служанки», повествующем о маскулинном крайне патриархальном, где на законодательном уровне закрепляется идея о том, что мужчина, по природе своей не может оказаться бесплодным, это удел женщины. Женщин же за «пустое чрево» карают ссылкой или же мучительной смертью [4, 20].

Вплоть до 70-х годов 20-го века отцовство оставалось мало изученным феноменом. По сей день, не так много исследований посвящено отцовству несмотря на то, что последняя треть 20-го

века ознаменовалась «кризисом отцовства» и привлекает к себе широкое общественное внимание. Однако, до сих пор, не существует единого мнения и стройной теории отцовства в психологической и социологической литературе [29].

Кризис отцовства

Факт того, что отцовство как культурное и социальное явление переживает кризисное состояние подтверждают как отечественные психологи-исследователи, так и ряд зарубежных авторов. Например, польский исследователь вопроса отцовства Dorota Kornas-Biela в своей работе «Kulturowo-społeczne przyczyny kryzysu ojcostwa» (Культурно-социальные причины кризиса отцовства) [26] считает кризис отцовства очевидным. Она указывает на то, что отцы как группа, являются крайне разнородной по составу, не только с точки зрения социально-демографических факторов, но и с точки зрения их морально-этического (психологического) отношения к отцовству и родительству [29].

Феномен отцовства может быть осмыслен в терминах позитивного и негативного. Негативное мы видим в контексте отцовства дисфункционального – мужчины не просто пренебрегают своими родительскими обязанностями, но иногда, предьявляют безответственные или, порой, извращенные модели поведения. В контексте позитивного отцовства мы можем наблюдать мужчин, принимающих активное участие в планировании семьи, развитии ребенка от момента его зачатия, занимающегося воспитанием и опекой над ним. Последние десятилетия в западном обществе мы можем увидеть, что представление об отцовстве как о биологически детерминированном факте практически разрушилось. Классическая нуклеарная семья становится лишь одним из множества вариантов, возрастает число женщин заводящих детей без активного участия мужчины (например, использующий искусственное оплодотворение от доноров) [27]. Следовательно, можно говорить о том, что отцовство не только переживает существенный кризис, но и претерпевает изменения и трансформации, как социальное явление, оценить же эти перемены нам еще только предстоит [10].

Рассуждая о фигуре отца с точки зрения его социальной позиции и с точки зрения индивидуальной психологии, мы в любом случае направляемся на его поиски, не только в качестве персонифицированной фигуры, но в качестве нашего внутреннего Закона [6]. По меткому выражению Pia Lamberty [27], сегодня, отец – это не просто донор спермы, а человек, который еще до самого факта зачатия начинает рассуждать и размышлять о самой возможности отцовства. Английский язык прекрасно иллюстрирует наше бессознательное

понимание того, что быть отцом ребенка и зачать ребенка – разные процессы, так английское слово «fatherhood» – обозначает отцовство в социальном плане, т.е. это отец который воспитывает ребенка, а слово «paternity» – несет в себе смысл отцовства биологического, т.е. это человек который произвел акт зачатия [25].

Современные исследователи феномена отцовства (И.С. Кон, Л. Зоя, С.С. Протопопов, Pia Lamberty, Rob Palkovitz) [7, 8, 12, 27, 29] и др. – выделяют три наиболее распространенных типа отцовства: 1. Традиционный тип отцовства; 2. Материалистический тип отцовства, т.е. отец сосредоточивший внимание на обеспечении семьи; 3. Современный тип отцовства [3]. Отдельно исследователи выносят такие типы как: «теневые» или «подпольные» отцы, и отцы «правонарушители/заключенные». «Теневой тип» характеризуется тем, что данная категория проявляет материальную заботу о детях, но не принимает участия в их воспитании и развитии [24, 29]. Отцы «правонарушители/заключенные», как правило, не имеют возможности поддерживать контакт со своими детьми, поскольку такие мужчины оказываются стигматизированными, обществом и матерями их детей. Их возможность контактировать с детьми часто искусственно ограничивается родственниками. Исследователи, часто относят данную категорию отцов к дефицитарной модели [21].

Ирония, которую можно назвать горькой и трагичной, заключается в том, кризис отцовства базируется на горькой и трагичной истории 20-го века. Мы вступили в 21 век, с образом отца умершего, поскольку отцы века 20-го оказались монструозными, вызывающими ужас. Ужас, от которого, нам все еще не удается избавиться. Именно поэтому, мы приняли решение отца-монстра казнить, физически, как например, казнили Муссолини, так и на психологическом уровне, яркими примером служит развенчание «культа личности» Сталина. Мы предпочли «спрятаться» под крыло матери, нежели следовать Закону отца. Развитие психоаналитической мысли является одной из ярчайших иллюстраций этой идеи. Психоанализ был основан Зигмундом Фрейдом, отцом, во многом, тоталитарным, не терпящим никакой полемики, возможно, из-за этого, так и не нашедшего своего приемника. Далее, мысль Фрейда стали развивать Анна Фрейд и Мелания Кляйн. Кляйн трансформирует классический психоанализ Фрейда, в теорию объектных отношений, ставя «во главе угла» фигуру матери, отец же, остается не просто в ее тени, он остается за скобками. Среди современных психоаналитиков львиная доля исследований и рассуждений строится вокруг материнского объекта, а вот отец отходит на второй план. Пожалуй, основ-

ным автором, направляющим свой взгляд на отца, является Жак Лакан, но и он в среде психоаналитиков является автором во многом маргинальным [18].

Луиджи Зоя, как исследователь, наиболее точно отразил в своей работе «Отец» [4] поиск отца. Он пишет, что современные отцы стали больше похожи на «достаточно хорошую» Винникотовскую мать [1]. В 21 веке отцы стали восприимчивее к эмоциональным переживаниям своих детей, стремятся проводить с ними больше времени, что подтверждают исследования Русских Л.С. [13] Многие отцы на Западе готовы брать отпуск по уходу за ребенком, разделяя его по времени с матерью, готовы оставаться дома и выполнять женские функции [6, 29]. Рассуждая с позиции психоаналитической теории, мы можем сказать, что век 20, проходивший под знаменем зависти к пенису, сменяется веком 21 – под знаком зависти к материнской груди.

Влияние отца на развитие дочери в психоаналитическом подходе

Отец, в жизни девочки играет важнейшую роль, это первичный объект, под влиянием отношений, с которым, у нее формируется самооценка, способность к обучению, умение распознавать социальный контекст. Это именно та фигура, которая может спасти ее от фантазии о бесконечной аннигиляции в слиянии с материнским объектом [23].

Психоаналитическая теория рассматривает отца, не только как персонифицированную фигуру, но и как психологический конструкт, складывающийся из нашей архаической памяти, социальной ситуации развития, культурного наследия и т.д.

Основатель психоанализа – Зигмунд Фрейд, говорил о том, что отец – это тот образ в культурной памяти, который налагает Закон отца на своих сыновей, т.е. запрет на каннибализм и инцест. В первичной памяти человечества, по мнению Фрейда, все еще живы первобытные инстинкты, обитающие в бессознательном, с которыми мы вынуждены неустанно бороться, соблюдая Закон отца. И этот первичный конфликт является источником наших неврозов, невроз – порождение культуры [15], и фигура отца – это удел культуры.

В след за Фрейдом, идею отца как носителя Закона, развивал Жак Лакан, строя свои размышления об отце на основе своей теории об Имени отца и Эдиповом Комплексе.

С точки зрения Фрейда и классического психоанализа отцовство развивается в двух направлениях: 1. запрет на инцест, т.е. с позиции тотемизации и табуирования общества; 2. с позиции анализа вытесненных фантазий. Для Фрейда отец все-таки, больше конкретная персона, нежели куль-

турное явление. Для Лакана же, отец – это не просто персона, часть биографии человека, а символическое и языковое явление. Лакан основывает свои идеи на простом факте: даже в тех семьях, где фигура отца, в силу разных причин, отсутствует, Закон отца продолжает действовать, т.е. его символическое присутствие сохраняется. Функция отца для Лакана располагается на трех уровнях психического: в символическом, в воображаемом и в реальном [18]. Символический отец – означающее, устанавливающее Закон отца. Фрейд писал о первобытном убийстве архаического отца, Лакан разводит понятия на: отца убитого и отца мертвого. «Мертвый» отец Лакана – это отец символический, существующий в психическом, он символ, который находится в центре Закона. Только воображаемого отца, существующего в психическом пространстве, можно наделять собственными репрезентациями, атрибутами. Атрибуты же эти заимствуются из речи матери, для которой реальный отец ее ребенка, является истоком этой фантазии. Желание другого, а для ребенка, это желание матери – то место, в котором происходит символическое столкновение Закона матери с Законом отца. В психоанализе Лакана фигура матери – это первичный другой, который внушает ребенку персекуторную тревогу «растворения» в другом – аннигиляции. Мать Лакана – фрустрирует ребенка, произвольно, без какой-либо четкости и понятной ему системы, то появляется, то исчезает, то вновь появляется. Закон матери – это закон без контроля. Коммуникация диады мать-ребенок напоминает шизо-параноидную позицию по М. Кляйн, она бессвязна и беспорядочна. Этой коммуникации требуется систематизирующий контроль, Закон, имеющий свои закономерности. В этом и заключается власть отца – устанавливать рамки и правила, чинить Законы. Именем отца формируется первичная рамка, в которой мать не будет обладать полным правом распоряжаться ребенком, ребенок не будет единственным обладателем матери, а их коммуникация будет подвержена строгим ритмам и правилам [18]. По Лакану отец всегда присутствует в отношениях с матерью, даже, если физического контакта с отцом нет, именно через метафору отца, существующую в фантазии матери и ее речи. При помощи метафоры отца ребенок получает ответ на вопрос о своем существовании, производит акт субъективации [9].

Во французском психоанализе Мишель Фен и Дениз Брауншвейг Закон отца – назвали «цензурой любовницы», данным термином они показали, что само существование отцовской фигуры вынуждает ребенка, с самого раннего возраста учиться понимать слово «нет»; отец, в символическом плане, словно бы говорит ребенку: «Нет, ты

не полноправный владделец мамы, ночью она будет спать со мной». Так развивается триангуляторное пространство в психике ребенка, оно расширяется от симбиотического восприятия себя и матери и начинает включать в эту диаду персону отца, расширяя ее таким образом до триады [22].

С точки зрения Андре Грина в психике ребенка отец присутствует всегда, и никогда не бывает полноценной диады мать-ребенок, есть только триада. В отношениях всегда есть мать, отец и ребенок, посредством представления матери о том, что в ее жизни был мужчина, который ей этого ребенка дал [2]. Даннальд Вудс Винникотт считал, что отец опосредованно присутствует в психике ребенка, через психическое пространство матери, которая всегда помнит, что она зачала ребенка не в одиночестве. По сути, является точкой соприкосновения двух теорий, Лакана и Винникотта. Мать по Винникотту создает холдинг для ребенка, как физический акт (держания на руках), так и психологический (удерживание тревог) [1]. Отец же, в свою очередь, создает холдинг для диады мать-ребенок, физически поддерживая мать и психологически создавая для нее пространство, в котором она сможет полностью реализоваться в своем материнстве. Если этот холдинг отца будет достаточно хорошим, то мать будет находиться в спокойствии, уровень ее тревоги будет невысок, и она сможет полностью посвятить себя заботам о ребенке, перерабатывая его деструктивные импульсы и страхи, превращая их в то, что ребенок сможет интегрировать в собственное психическое пространство, создавая положительные репрезентации первичных объектов [1].

Рассматривая ситуацию с позиции матери, а не ребенка, отец также играет важную роль. Джойс МакДугалл размышляет о том, что отец играет роль по ограничению полноправного владения младенцем матерью. Она называет это «чрезмерным использованием» ребенка. Если у матери не сложились устойчивые любовные отношения с отцом ребенка или эти отношения развиваются в конфликтном контексте, тревожны или вызывают у матери напряжение, то она рискует бессознательно использовать ребенка как объект «для себя», удовлетворяя свои нарциссические потребности [18]. Возвращаясь к размышлениям Жака Лакана, то на ум сразу же приходят его описание матери как голодного крокодила, жаждущего проглотить ребенка – следовательно, вернуть его во чрево. Лакан и здесь устанавливает Закон отца: по его мнению, только фаллос отца может «заткнуть» эту пасть крокодила и спасти ребенка от поглощения [9]. Во французском анализе такие дети без отцов, называются «ребенок ночи», отсылая к тому факту, что дети в подобной ситуации часто

спят с матерями в одной постели, вместо, или, на месте, отца [18]. Нормальная смена дня и ночи – это смены фаз пребывания матери с ребенком и ее отсутствия, днем мать с младенцем, ночью с отцом. Именно это делает для ребенка возможным галлюцинаторное удовлетворение, поскольку для него становится доступным пространство, в котором он может фантазировать о матери, о том, чем она занимается с отцом, что она может быть без него, следовательно и он может быть без нее и остаться при этом живым. В дальнейшем это помогает ребенку отсепарировать от желаний матери, стать отдельной от нее личностью, для девочки же, это помогает не только сепарировать свои желания и желания матери, но и разорвать идентификационную связь и обратить свой взор на фигуру отца, оказавшись, таким образом, на более взрослой стадии развития, а именно в Эдиповой ситуации. И что самое для нас главное – это помогает ей принять Закон отца, принять тот факт, что для матери она не есть весь мир и она не ответственна за ее счастье и удовлетворение [18]. У людей чей отец был вычеркнут матерью из отношений могут возникать различные проблемы в построении личной жизни и любовных отношений. Они так и остаются в связке со своей матерью, чувствуя свою ответственность за «мамино» счастье [28].

Даже в контексте психоаналитической теории, размышления об отце, никогда не исключают из поля внимания фигуру матери, как первичного объекта. Женская гомосексуальность, например, может развиваться из позиции матери и отсутствия права отца на слово «нет». Эдипов комплекс женщины нагружен несколько иными символами и процессами, нежели Эдип у мужчины, хотя здесь уместнее было бы говорить о девочке и мальчике. Женское с трудом вписывает в наше понимание классической оральной и анальной стадий развития, в связи с чем и требует бесконечной переработки психосексуальных конфликтов [19]. Мы не можем не принимать во внимание тот факт, что отношения девочки к отцу исходят из ее первоначального опыта построения отношений с матерью как первичным объектом и от того, насколько реальный отец способен соответствовать идеализированному образу ее репрезентаций, от тех особенностей, которыми наделен второй объект. Психосексуальное развитие девочки может пройти благоприятно в том случае, если отношения материнским объектом будут базироваться на достаточно хорошем опыте, при наличии дозированных фрустраций, а отцовский объект, будет обладать способностью поддерживать проекцию его хороших качеств и одновременно сможет установить Закон отца, в таком случае, девочка сможет произ-

вести смену объекта влечений и идентифицируясь с матерью обратить свой взгляд на отца. Она сможет произвести разьединение влечений, без фона тотальности. Когда второй объект оказывается неспособным принять ее репрезентации, если он не обладает способностью принимать на себя проецирования хороших черт, или же отношения с первичным материнским объектом «проваливаются», то это может стать благоприятной почвой для развития серьезных расстройств, таких как психотические состояния и расстройства характера [17]. В период, когда происходит смена объекта от первичного материнского ко второму объекту, отцовскому, девочка сохраняет в бессознательной фантазии репрезентацию фаллической матери и в то же самое время она понимает, что единственным, кто обладает пенисом, является отец [5]. В этом месте французская теория психоанализа показывает свою преемственность идеям Фрейда. По Фрейду девочка, чтобы завладеть пенисом отца, согласно теории о зависти к пенису, повернется к отцу и неизбежно столкнется с разьединением агрессивных и либидинальных влечений и с чувством вины, так как она предаст первичный материнский объект [16]. Мы считаем уместным процитировать Жанин Шассге-Смиржель: «Зависть к пенису, в сущности, является всего лишь символическим выражением другого желания. Женщина не хочет быть мужчиной, но хочет освободиться от собственной матери и стать полноценной, самостоятельной женщиной» [17 с. 386]. Материнский объект, потенциально способный нанести первичную нарциссическую рану, вызывает мятеж, который и представляется в зависти к пенису: это не самоцель и не требование мужского мира – это способ обрести себя как женщину, отделившись от всемогущества матери [28]. К периоду эдиповой ситуации девочка уже пережила кастрацию, обнаружив, что обделена органом, который есть у мужчин, и ей больше нечего бояться от матери. В этом и состоит разница женского и мужского Эдипа: мальчик всю жизнь живет под страхом «кастрирующей» матери – в жизни же девочки все самое «страшное» уже произошло. С другой стороны, девочка, в своем стремлении занять место подле отца, вступает в неравное соперничество с матерью и может испытывать от этого ужас и вину, что потенциально, как и у мальчиков, может создать место для организации «ядра неврозов» [17].

Если женская психосексуальная жизнь строится по пути гомосексуальности мы можем предполагать, вслед за французскими психоаналитиками, что она полностью идентифицировалась с отцом и его пенисом, она интернализировала его фаллос и стремится сохранить интимную связь с отцом. От-

цовская фигура оказывается декатектированной как либидинальный объект. Материнский объект оказывается тотально отчужденным, единственным, где женщина, в таком случае, может найти идеализированные части материнских репрезентаций это партнер женского пола. Всепроникающая любовь к матери в раннем детстве «всепроникающая» здесь не только лишь форма речи, а скорее обозначение качества, тесно переплетена с желанием смерти матери, как единственным способом отделиться от нее и обрести свою самость [17].

Для Джеймса Холлиса аналитика юнгианского направления, мать является архетипом жизни, в своей работе «Под тенью Сатурна» [14], он говорит о том, что мать олицетворяет саму жизнь, во чреве ее зарождается жизнь, мы выходим в мир из этого чрева, пребывая достаточно долгое время в «слиянии» с матерью. Мужчины и женщины, все без разбора познают эту единственно возможную связь сразу после акта своего зачатия. А вот отца познать, куда труднее, ведь отец, это всегда фигура внешняя. И если для мальчика идентифицироваться с отцом и его Законом становится несколько проще, оба переживают страх могущественной кастрирующей материнской фигуры, то для девочки эта идентификация осложняется тем, что она уже кастрирована [14]. Ее кастрация уже произошла «по праву рождения», девочка боится не лишиться органа, она боится аннигиляции, а этот страх оказывается куда могущественнее, ведь он затрагивает само существование.

В итоге мы можем прийти к выводу, что, с точки зрения экономики женская гомосексуальность выступает в качестве попытки сохранить равновесие в условиях изнуряющей вынужденной необходимости избегать аннигиляции удушающих симбиотических отношений, требуемых материнским имаго, через попытку сохранить бессознательную идентификацию с отцовским объектом. В целом, вся сложная и хрупкая конструкция является попыткой сохранить целостность Эго и убедить его от психотического распада [28].

Как показывает исследование Ann Buchanan и Eirini Flouri [24], часто депрессивные симптомы, низкий уровень самооценки и проблемные отношения с мужчинами могут быть следствием деструктивного отцовского ухода. Дочери узнают о том, как выстраивать отношения со своими мужьями и ухажерами после того, как построят отношения со своим отцом. Девочка с самого раннего возраста познает свою женскую сущность через отношения с отцом, ей приходится отделять себя от первичного материнского объекта, но для этого отделения между ними должен быть отец. Только тогда женщина сможет построить гармоничные отношения со своим партнёром, поскольку она не будет искать мужа для «мамы», она найдет мужа для себя.

Литература

1. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. М.: Класс, 1998. 272с.
2. Грин А. Работа негатива. Психоаналитическая работа, фокусированная на концепции негатива. Киев: Издательство Ростислава Бурлаки, 2020. 448 с.
3. Гринберг Л., Сор Д., Табак де Бьянчеди Э. Введение в работы Биона: Группы, познание, психозы, мышление, трансформация, психоаналитическая практика: пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2018. 158 с.
4. Демоз Л. Психоистория. Феникс. Ростов-на-Дону. 2000. 512с.
5. Зимин В.А. В поисках утраченного Третьего // Журнал практической психологии и психоанализа. 2004. № 4.
6. Зойя Л. Отец. Исторический, психологический и культурный анализ: пер. с англ. Н. Ретеюм. М.: Независимая фирма «Класс», 2017. 533с.
7. Кон И.С. Зачем нужны отцы? // Звезда. 2006. № 12. С. 24 – 51
8. Кон И.С. Отцовство как социокультурный институт // Педагогика. Институт этнологии и антропологии РАН. М., 2005. № 9. С. 3 – 16.
9. Лакан Ж. Функция и поле речи и языка в психоанализе // Доклад на Римском Конгрессе, читанный в Институте психологии Римского Университета 26 и 27 сентября 1953 года. М.: Гнозис, 1995.
10. Макдауэл Д., Дей Д. Как стать героем в глазах ребенка. Новая жизнь. М., 1997. 357с.
11. Мид М. Мужское и женское. Исследование полового вопроса в меняющемся мире // Росспэн. М., 2004. 412 с.
12. Протопопов С.С. Теоретические основы изучения феномена отцовства // Вопр. Культурологии. 2009. № 12. С. 46 – 49.
13. Русских Л. В. Состояние и проблемы современного отцовства // Вестник ЮУрГУ. Серия: Социально-гуманитарные науки. Урал, 2018. Т. 18. № 3. С. 94 – 98
14. Холлис Дж. Под сенью Сатурна: Мужские психические травмы и их исцеление. М.: Когито-Центр, 2016. 184 с.
15. Фрейд З. Недовольство культурой: пер. с нем. Руткевич А.М. – М.: ОМКО, 2013. 120с.
16. Фрейд З. Тотем и табу: пер. с нем. А.М. Боковой. М.: Академический Проект, 2007. 335с.
17. Шассге-Смиржель Ж. Женское чувство вины. О некоторых специфических характеристиках женского Эдипова комплекса: пер. Н.И. Чельшевой, Е.С. Смирнова; научная редакция А.В. Россохина // В кн. «Французская психоаналитическая школа» / под ред. А. Жибо, А.В. Россохина. СПб.: Питер, 2005. С. 385 – 425.
18. Шафер Ж. Женское: один вопрос для обоих полов. Уроки французского психоанализа. Десять лет франко-русских клинических коллоквиумов по психоанализу. М.: Когито-Центр, 2007. 560 с.
19. Шукуров Д.Л. Имя Отца в психоаналитическом дискурсе Жака Лакана // «Русский литературный авангард и психоанализ в контексте интеллектуальной культуры Серебряного века». 2012. № 6. С. 51 – 59.
20. Этвуд М. Рассказ служанки. Издательство «Э». М., 2016. 316 с.
21. Arditti J.A., Smock S., Parkman T. "It's Been Hard to Be a Father": A Qualitative Exploration of Incarcerated Fatherhood. *Fathering: A Journal of Theory, Research & Practice about Men as Fathers* 2005. Vol. 3. I. 3. P. 267 – 288
22. Braunschweig D., Fain M. *Le Nuit, le jour*. Paris: Presses Universitaires de France.
23. Buchanan A. Flouri E. Early father's and mother's involvement and child's later educational outcomes // *The British Psychological Society*. 2004. Vol. 74. Issue 2 June. P. 141 – 153.
24. Ewart-Boyle S., Manktelow R., McColgan M. Social work and the shadow father: lessons for engaging fathers in Northern Ireland // *Child and family social work*. 2015. Vol. 20. I. 4 Wiley. P. 470 – 479.
25. Geary D.C. Evolution of fatherhood. In C.A. Salmon T.K. Shackelford (Eds.). *Family relationships: An evolutionary perspective* Oxford University Press. 2007. P. 115 – 144.
26. Kornas-Biela D. *Kulturowo-społeczne przyczyny kryzysu ojcostwa*. Wydanie I, Poznań. Wydawnictwo Naukowe UAM. 2016. P. 256.
27. Lamberty P., Imhoff R. From Sperm to Fatherhood: An Experimental Approach to Determinants of Paternal Responsibility // *Archives of Sexual Behavior*. 2019. Vol. 48. P. 2217 – 2228.
28. McDougall J. Primal Scene and Sexual Perversion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1972. 384 p.
29. Palkovitz R. *A Resource Theory of Fathering*. University of Delaware. Delaware, 2014. 31p.
30. Więclawska A. Męskość i ojcostwo a wyzwania kultury współczesnej // *21st century pedagogy*. 2020. Vol. I (IV) 1. P. 8 – 13.

References

1. Vinnikott D.V. Malen'kie deti i ih materi. M.: Klass, 1998. 272s.
2. Grin A. Rabota negativa. Psihoanaliticheskaya rabota, fokusirovannaya na koncepcii negativa. Kiev: Izdatel'stvo Rostislava Burlaki, 2020. 448 s.
3. Grinberg L., Sor D., Tabak de B'yanchedi E. Vvedenie v raboty Biona: Gruppy, poznanie, psihozy, myshlenie, transformaciya, psihoanaliticheskaya praktika: per. s angl. M.: «Kogito-Centr», 2018. 158 s.
4. Demoz L. Psihoistoriya. Feniks. Rostov-na-Donu. 2000. 512s.
5. Zimin V.A. V poiskah utrachenogo Tret'ego. ZHurnal prakticheskoy psihologii i psihoanali-za. 2004. № 4.
6. Zojya L. Otec. Istoricheskij, psihologicheskij i kul'turnyj analiz: per. s angl. N. Reteyum. M.: Nezavisimaya firma «Klass», 2017. 533s.
7. Kon I.S. Zachem nuzhny otcy? Zvezda. 2006. № 12. S. 24 – 51
8. Kon I.S. Otcovstvo kak sociokul'turnyj institute. Pedagogika. Institut etnologii i antropologii RAN. M., 2005. № 9. S. 3 – 16.
9. Lakan ZH. Funkciya i pole rechi i yazyka v psihoanalize. Doklad na Rimskom Kongresse, chitannyj v Institute psihologii Rimского Universiteta 26 i 27 sentyabrya 1953 goda. M.: Gnozis, 1995.
10. Makdauel D., Dej D. Kak stat' geroem v glazah rebenka. Novaya zhizn'. M., 1997. 357s.
11. Mid M. Muzhskoe i zhenskoe. Issledovanie polovogo voprosa v menyayushchimsya mire. Rosspen. M., 2004. 412 s.
12. Protopopov S.S. Teoreticheskie osnovy izucheniya fenomena otcovstva. Vopr. Kul'turologii. 2009. № 12. S. 46 – 49.
13. Russkih L. V. Sostoyanie i problemy sovremennogo otcovstva. Vestnik YUUrGU. Seriya: Social'no-gumanitarnye nauki. Ural, 2018. T. 18. № 3. S. 94 – 98
14. Hollis Dzh. Pod sen'yu Saturna: Muzhskie psihicheskie travmy i ih iscelenie. M.: Kogito-Centr, 2016. 184 s.
15. Frejd Z. Nedovol'stvo kul'turoj: per. s nem. Rutkevich A.M. – M.: OMIKO, 2013. 120s.
16. Frejd Z. Totem i tabu: per. s nem. A.M. Bokovikova. M.: Akademicheskij Proekt, 2007. 335s.
17. SHassge-Smirzhel' ZH. ZHenskoe chuvstvo viny. O nekotoryh specificheskikh harakteristikah zhenskogo Edipova kompleksa: per. H.I. CHelyshevoj, E.S. Smirnova; nauchnaya redakciya A.V. Rossohina. V kn. «Francuzskaya psihoanaliticheskaya shkola». pod red. A. ZHibo, A.V. Rossohina. SPb.: Piter, 2005. S. 385 – 425.
18. SHafer ZH. ZHenskoe: odin vopros dlya oboih polov. Uroki francuzskogo psihoanaliza. Desyat' let franko-russkih klinicheskikh kollokviumov po psihoanalizu. M.: Kogito-Centr, 2007. 560 s.
19. SHukurov D.L. Imya Otca v psihoanaliticheskom diskurse ZHaka Lakana. «Russkij literaturnyj avangard i psihoanaliz v kontekste intellektual'noj kul'tury Serebryanogo veka». 2012. № 6. S. 51 – 59.
20. Etvud M. Rasskaz sluzhanki. Izdatel'stvo «E». M., 2016. 316 s.
21. Arditti J.A., Smock S., Parkman T. "It's Been Hard to Be a Father": A Qualitative Exploration of Incarcerated Fatherhood. *Fathering: A Journal of Theory, Research & Practice about Men as Fathers* 2005. Vol. 3. I. 3. P. 267 – 288
22. Braunschweig D., Fain M. *Le Nuit, le jour*. Paris: Presses Universitaires de France.
23. Buchanan A. Flouri E. Early father's and mother's involvement and child's later educational outcomes. *The British Psychological Society*. 2004. Vol. 74. Issue 2 June. P. 141 – 153.
24. Ewart-Boyle S., Manktelow R., McColgan M. Social work and the shadow father: lessons for engag-ing fathers in Northern Ireland. *Child and family social work*. 2015. Vol. 20. I. 4 Wiley. P. 470 – 479.
25. Geary D.C. Evolution of fatherhood. In C.A. Salmon T.K. Shackelford (Eds.). *Family relationships: An evolutionary perspective* Oxford University Press. 2007. P. 115 – 144.
26. Kornas-Biela D. Kulturowo-społeczne przyczyny kryzysu ojcostwa. Wydanie I, Poznań. Wydawnic-two Naukowe UAM. 2016. P. 256.
27. Lamberty P., Imhoff R. From Sperm to Fatherhood: An Experimental Approach to Determinants of Paternal Responsibility. *Archives of Sexual Behavior*. 2019. Vol. 48. P. 2217 – 2228.
28. McDougall J. Primal Scene and Sexual Perversion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1972. 384 p.
29. Palkovitz R. *A Resource Theory of Fathering*. University of Delaware. Delaware, 2014. 31r.
30. Więclawska A. Męskość i ojcostwo a wyzwania kultury współczesnej. *21st century pedagogy*. 2020. Vol. I (IV) 1. P. 8 – 13.

*Lunina A.D., Postgraduate,
Moscow Region State University*

SOCIO-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE IMAGE OF THE FATHER IN HISTORY AND THE MODERN WORLD AND ITS INFLUENCE ON THE CHOICE OF A PARTNER OF THE OPPOSITE SEX BY WOMEN

Abstract: objective: determining the place of the father in modern society and analyzing the relationship with the social image of the father and its impact on the development of the child (daughter).

Background. The world psychological community recognizes the most important role of the father in the life and psychosexual development of the daughter, as well as in the possible relationship between the type of paternity experienced by a woman in the parental family and her ways of choosing a partner of the opposite sex. Building an early interpersonal relationship with the father largely characterizes the further development of a woman's personal life. Such authors of the psychoanalytic direction as Sigmund Freud, Michel Fong and Denise Braunschweg, Jacques Lacan, Donald Woods Winnicott, Wilfred Bion, Joyce McDougall, Jeanine Chassge-Smirzhel, etc., using examples of theoretical constructions and individual psychoanalytic work, show that the father forms the girl's idea not only of rules and social norms (the Father's Law), but also plays a crucial role in the becoming and formation of personality, self-esteem and ideas on gender roles in adult life. The purpose of this article is to highlight the different views of the authors of the psychoanalytic direction on the psychosexual development of a girl and its impact on the life of a woman in the future.

Methodology. Analysis of literary sources and theoretical concepts.

Conclusions. The concept of fatherhood and the perception of the father figure have changed throughout the development of human society, continue to change to this day, and depend on the cultural and historical period. From the point of view of the psychoanalytic direction in psychology, the father has a significant influence on the psychosexual development of the daughter. Identification with the father and internalization of his image can lead to female homosexuality.

Keywords: fatherhood, the image of the father, the father in the cultural and historical space, psychoanalysis, psychosexual development of a woman

*Мадоян М.А., кандидат медицинских наук, старший преподаватель,
Киселева Р.Н., кандидат психологических наук, доцент,
полковник внутренней службы,
Академия Федеральной службы исполнения наказаний России*

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ОСУЖДЕННЫХ, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ (К 40-ЛЕТИЮ ИЗУЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ)

Аннотация: в статье впервые проанализированы факторы, влияющие на психологический статус ВИЧ-инфицированных, применительно к лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы. *Цели:* 1. Обобщить имеющиеся в настоящее время результаты научных исследований о влиянии на психологические характеристики больных ВИЧ-инфекцией следующих факторов: срока информирования о наличии ВИЧ, обстоятельств инфицирования, стадии заболевания, иммунного статуса, доступности и переносимости лечения. 2. Интерпретировать полученные данные в контексте пребывания ВИЧ-инфицированных в местах лишения свободы. 3. Показать важность использования выявленных закономерностей в работе психологической службы уголовно-исполнительной системы. *Методы:* аналитический, обобщения, интерпретации. *Результаты.* Давность извещения о диагнозе, обстоятельства инфицирования, стадия заболевания, степень поражения иммунной системы, а также доступность и переносимость лечения определяют изменения психологических характеристик ВИЧ-инфицированных лиц. Среди ВИЧ-инфицированных осужденных имеются категории, для которых типично психологическое неблагополучие, и категории, максимально нуждающиеся в психологической поддержке. При ВИЧ-инфекции имеется определенный психологический ресурс. Пребывание ВИЧ-инфицированных в местах лишения свободы предоставляет дополнительные возможности для психокоррекционного воздействия на них. *Выводы:* для оптимизации и повышения эффективности психокоррекционной работы с ВИЧ-инфицированными осужденными психологам уголовно-исполнительной системы целесообразно знать и учитывать выявленные факторы. Закрытый характер исправительных учреждений позволяет максимально использовать возможности сочетанного психологического и медицинского влияния на осужденных с целью улучшения качества и продолжительности их жизни и предотвращения распространения ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, осужденные, психологический статус, психологические особенности, уголовно-исполнительная система

Актуальность и эпидемиология

Ровно сорок лет назад, в 1981 году, в Соединенных Штатах Америки появились первые научные описания новой болезни, впоследствии названной ВИЧ-инфекцией [8]. ВИЧ-инфекция – это болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). ВИЧ-инфекция является одной из основных глобальных проблем человечества.

По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к концу 2019 г. ВИЧ унес почти 33,0 миллиона человеческих жизней в мире, а число живущих с ВИЧ составляло около 38,0 миллионов человек [1]. В России, по данным Росстата, к концу 2019 г. ВИЧ унес свыше 313 тысяч человеческих жизней, а число живущих с ВИЧ составляло свыше 1,2 миллиона человек [9].

Благодаря согласованным международным усилиям по борьбе с ВИЧ-инфекцией, последняя из категории смертельных неизлечимых болезней перешла в категорию поддающихся терапии хронических заболеваний, что позволяет ВИЧ-инфицированным проживать долгую и полноценную жизнь. Тем не менее распространение ВИЧ-

инфекции продолжается во всех странах, включая Россию, где ежегодно регистрируется свыше 80 тысяч новых случаев ВИЧ-инфекции [9]. При этом ВОЗ и другие международные медицинские институты считают, что реальная заболеваемость может быть почти в два раза больше, чем попавшая в официальную отчетность, за счет не охваченных обследованием [9]. Кроме того, после 2020 года прогнозируется некоторое ухудшение ситуации в связи с имевшимися в 2020 году в связи с пандемией коронавирусной инфекции сокращением масштабов тестирования на ВИЧ-инфекцию и отсроченным началом лечения [1].

Среди ключевых групп риска во всех странах и регионах ВОЗ выделяет лиц, находящихся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа [1], а Роспотребнадзором среди групп риска в профессиональной деятельности выделяются сотрудники правоохранительной и уголовно-исполнительной систем (УИС) [11], то есть учреждения UIS представляют зону риска и для контингента осужденных, и для сотрудников.

По данным федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН), на территории Российской Федерации среди осужденных каждый десятый мужчина и каждая пятая женщина являются ВИЧ-инфицированными, а по состоянию на конец 2018 г. в учреждениях УИС всего содержалось более 61500 ВИЧ-инфицированных [12].

В связи с выше изложенным противодействие распространению ВИЧ-инфекции является важной социальной функцией УИС. Одним из механизмов успешной реализации данной функции наряду с профилактикой распространения ВИЧ-инфекции и медикаментозной терапией ВИЧ-инфицированных является их психологическая поддержка [5, 6].

В свою очередь особенности психологического статуса ВИЧ-инфицированных, а, значит, и способы их коррекции, во многом обусловлены давностью информирования о наличии ВИЧ, обстоятельствами инфицирования, стадией заболевания, показателями иммунной системы, доступностью и переносимостью лечения. К настоящему моменту накоплено много научных данных о влиянии перечисленных факторов на структуру психологического статуса ВИЧ-инфицированных. Рассмотрим их применительно к такой специфической когорте ВИЧ-инфицированных как осужденные к лишению свободы.

Давность информирования о наличии ВИЧ-инфекции

С точки зрения восприятия ВИЧ-позитивного статуса в зависимости от свежести знания о нем, можно выделить две основные категории ВИЧ-инфицированных: уже знающие свой статус и узнавшие впервые.

Лица, только что узнавшие о наличии у себя вируса, представляют собой категорию, требующую максимальной психологической поддержки в связи с переживаемым острым стрессом и высокими личными и общественными рисками [14]. По данным ФСИН, заболевание обычно выявляется на входном контроле в следственных изоляторах при проведении обязательного тестирования на ВИЧ-инфекцию [12]. Это значит, что психологам УИС приходится в основном иметь дело с острым реагированием на информирование о выявлении ВИЧ-инфекции, со стрессом высокой интенсивности на психологическом и физиологическом уровне. С течением времени выраженность физиологических проявлений снижается, а признаки психологического стресса еще сохраняются на протяжении длительного времени, что свидетельствует о высоком стрессогенном потенциале ВИЧ-инфекции и трудностях совладания со стрессом при ней [14].

Кроме того, у осужденных и на острый стресс выявления ВИЧ-инфекции впервые, и на хрониче-

ский стресс уже знающего о своем диагнозе накладывается стресс, связанный с отбыванием наказания.

Обстоятельства инфицирования

ВИЧ передается через кровь, сперму, секрет влагалища, грудное молоко. Пути передачи вируса можно разделить на естественные (это половой и от матери ребенку) и искусственный (или парентеральный – это инъекционный, трансфузионный, трансплантационный пути) [5, 6].

В зависимости от условий инфицирования психологический статус ВИЧ-позитивных осужденных может иметь определенные особенности. С точки зрения восприятия ВИЧ-позитивного статуса в зависимости от обстоятельств инфицирования можно условно выделить три основные группы ВИЧ-инфицированных: инфицированные в детстве, инфицированные во взрослом возрасте социально и (или) медицински неблагополучные, инфицированные во взрослом возрасте социально и медицински благополучные.

Так, инфицированные в детстве (от матери или в результате внешнего вмешательства), как правило, давно знают свой диагноз, владеют основной информацией о заболевании, имеют опыт его лечения и опыт переживания различных психосоциальных проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, – социальная изоляция, дискриминация, ограничения репродуктивной функции и образа жизни [14]. В работе с этой категорией психолога ждут проявления адаптации или дезадаптации к жизни с ВИЧ-инфекцией.

Инфицированные во взрослом возрасте и уже знающие свой диагноз, могут иметь психологические особенности в зависимости от того, на каком социальном и медицинском фоне случилось инфицирование.

В частности, у лиц, страдающих наркотической или алкогольной зависимостью, у лиц, предоставляющих сексуальные услуги, психологический статус скорее будет обусловлен именно асоциальным образом жизни и сопутствующим ему распадом личности [4]. Причем в данной группе ВИЧ-инфицированные наркотическим путем чаще используют деструктивные стратегии совладания со стрессом, прибегая к саморазрушающему поведению (прием наркотических средств и алкоголя, что только усиливает стресс), чем ВИЧ-инфицированные половым путем [14].

У жертв насилия или медицинского вмешательства, послуживших причиной инфицирования, в психологическом статусе могут преобладать компоненты, обусловленные фактом состоявшегося насилия и уже имеющимися проблемами со здоровьем.

А у лиц, социально и медицински благополучных, в психологическом статусе ВИЧ-индуцированные переживания как раз могут занимать ведущее место и относиться к различным периодам проживания стресса, проявляясь широким диапазоном реакций. И здесь психолог может столкнуться с ВИЧ-индуцированными переживаниями различной остроты и степени адаптивности [14].

Стадии ВИЧ-инфекции

ВИЧ называется так, потому что вызывает в человеческом организме иммунодефицит. Иммунодефицит – это состояние, при котором иммунная, то есть защитная, система организма перестает справляться со своей функцией, перестает защищать организм от разнообразных угроз (инфекционных агентов, инородных тел, токсических веществ и переродившихся клеток самого организма). ВИЧ поражает иммунную систему человека, сначала лишая ее возможности сопротивляться размножению самого ВИЧ, а затем – бороться с другими угрозами. Коварство заболевания заключается в том, что ВИЧ может на протяжении долгого времени никак не проявлять себя, и больной человек, не зная о своей болезни, может заражать других людей.

В разрушающем действии ВИЧ на организм выделяют несколько периодов: инкубационный, период острой инфекции, латентный, период вторичных заболеваний и период СПИДа [7,8].

Инкубационный период ВИЧ-инфекции – это период от момента попадания вируса в организм до появления первых симптомов, занимает от двух недель до полугода и более. В это время вирус чаще всего не определяется лабораторными методами, однако инфицированный уже потенциально заразен.

Период острой инфекции может проходить бессимптомно, а может напоминать острое респираторное заболевание (ОРЗ) или острое отравление; могут быть так же сыпи, неврологические и другие расстройства. Период острой инфекции длится от нескольких дней до двух месяцев.

Латентный период наступает после периода острой инфекции и характеризуется бессимптомным размножением вируса и прогрессирующим уменьшением числа клеток иммунной системы. Ключевую роль в развитии заболевания имеют особые клетки иммунной системы, которые называются CD4+-лимфоциты. Именно их поражение приводит к нарушению межклеточных взаимодействий внутри иммунной системы, ее постепенному истощению и в результате – к прогрессирующему иммунодефициту. Доказана четкая связь между темпом снижения количества CD4+-лимфоцитов и скоростью прогрессирования ВИЧ-инфекции у пациента [5].

Латентный период продолжается в среднем около семи лет, в это время самочувствие больного и образ жизни обычные, может учащаться число острых простудных и иных заболеваний, возникать их хронификация.

Период вторичных заболеваний – это начало и развитие разнообразных инфекционных и онкологических заболеваний, с которыми не в состоянии бороться иммунная система из-за быстро уменьшающегося числа её клеток. У больного отмечаются разнообразные симптомы, соответствующие развивающимся патологиям. Промежутки между обострениями болезней становятся всё короче и короче, трудоспособность и качество жизни падают, привычный образ жизни становится недоступен.

СПИД – это финальная стадия развития ВИЧ-инфекции. В этот период иммунитет ослаблен настолько, что инфекционные агенты (вирусы, бактерии, грибки) и онкологические клетки распространяются по всем органам и системам, а любое заболевание, даже банальное ОРЗ, может привести к летальному исходу. Постепенно во всех системах организма, в том числе в нервной системе, нарастают необратимые изменения, утрачивается их способность нормально функционировать, что сопровождается соответствующими клиническими проявлениями. На фоне тяжелой соматической картины угасает интеллект, иногда – со склонностью к агрессии и острыми психозами, больные теряют способность к самообслуживанию и умирают.

Стадия ВИЧ-инфекции важна для формулировки диагноза, определения степени утраты трудоспособности и профессиональной пригодности [8,9] и обуславливает изменение психологических характеристик больных.

В ранних периодах заболевания доминируют психосоциальные проблемы, связанные с самим фактом наличия ВИЧ-инфекции [14].

По мере развития болезни к хронической стрессогенной ситуации, какой является само наличие ВИЧ-инфекции, присоединяется ухудшение параметров физического здоровья. Соответственно, к переживаниям по поводу наличия ВИЧ-инфекции присоединяются психологические проблемы, обусловленные развивающимися болезнями, связанными с ними жизненными ограничениями и плохим физическим самочувствием [5,7]. Необходимо отметить, что для таких эмоциональных расстройств, как ситуативная и личностная тревожность и депрессия, доказано, что их выраженность определяет именно стадия, а не длительность ВИЧ-инфекции [16].

Позже на фоне переживаний по поводу жизненного краха из-за наличия ВИЧ и психологиче-

ских изменений из-за ухудшения физического здоровья появляются признаки органического прогрессирующего поражения нервной системы с грубой психической и неврологической симптоматикой [5, 7].

То есть по мере развития болезни психологический статус больного ВИЧ-инфекцией претерпевает существенные изменения. Динамику болезни и психологического статуса больного необходимо учитывать психологу для выбора оптимальной тактики работы с ВИЧ-инфицированными осужденными.

Иммунный статус ВИЧ-инфицированных

В ряде исследований выявлены общие и частные психосоциальные особенности лиц с ВИЧ, ассоциированные с их иммунным статусом [2, 6, 14].

Общими для ВИЧ-инфицированных являются достоверно более частые, чем у лиц без ВИЧ-инфекции: неуверенность в себе, низкая стрессоустойчивость, пессимизм, безответственность, зависимость от социальной среды [2, 6]. Максимально значима для ВИЧ-инфицированных поддержка семьи [14]. В модели поведения ВИЧ-инфицированных преимущественно воспроизводятся ранее усвоенные стратегии и стереотипы, а новые осваиваются с трудом [6].

Среди ВИЧ-инфицированных имеются частные психосоциальные особенности в зависимости от степени угнетения иммунной системы.

ВИЧ-инфицированные с нормальными показателями иммунитета (уровень CD4+-лимфоцитов выше 500 клеток в мкл крови) имеют активную жизненную позицию, достаточно оптимистичный настрой, мотивированы на борьбу за свою жизнь, используют социальную поддержку как протективный фактор в преодолении жизненных трудностей [2]. Для них характерны переоценка жизненных ценностей, восприятие жизни до момента инфицирования как ошибочной, принятие на себя ответственности за свое здоровье и дальнейшую судьбу, устремленность в будущее и активная борьба за него [2].

ВИЧ-инфицированные с низкими иммунологическими показателями (показатели CD4+-лимфоцитов ниже 200 клеток в мкл крови) демонстрируют состояние общего психологического неблагополучия, что проявляется в крайне пассивной жизненной позиции, падении самооценки, высокой степени неудовлетворенности своей судьбой [2]. Для них характерны фиксация на прошлом (а именно – на жизни до момента инфицирования, которая кажется значимой и полноценной), отсутствие веры в будущее, нежелание принимать на

себя ответственность за свое здоровье и низкая мотивация к лечению [2].

Среди ВИЧ-инфицированных выявлены так же различия в зависимости от половой принадлежности. Для психоэмоционального состояния ВИЧ-инфицированных мужчин более характерен отрицательный эмоциональный фон и снижение эмоциональной устойчивости, а ВИЧ-инфицированные женщины достоверно более реалистично оценивают действительность [2].

По данным проведенных исследований, психологический ресурс ВИЧ-инфицированных включает в себя: активную жизненную позицию, положительное эмоциональное состояние, осознание ценности здоровья, четкий образ будущего и позитивное отношение к нему, а также готовность использовать социальную поддержку как дополнительный ресурс [2, 6, 14].

Приведенные данные целесообразно использовать для определения тактики и способов психокоррекционной работы с ВИЧ-инфицированными осужденными.

Лечение ВИЧ-инфекции

В настоящее время ВИЧ-инфекция полностью не излечивается, однако есть возможность держать болезнь под контролем, замедляя наступление её очередного периода [5, 7]. Для этого необходим длительный (многолетний или пожизненный) прием специальных лекарственных препаратов, которые называются антиретровирусными [5, 7].

В связи с высокой социальной значимостью ВИЧ-инфекции в Российской Федерации обеспечение больных дорогостоящей антиретровирусной терапией берет на себя государство [8]. В том числе лица, находящиеся в местах лишения свободы, за государственный счет обеспечиваются антиретровирусными препаратами вне зависимости от тяжести совершенного преступления, поведения во время отбывания наказания и прочих социальных и психологических характеристик [8, 10]. После освобождения из мест лишения свободы ВИЧ-инфицированный должен встать на учёт по месту жительства в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и продолжать антиретровирусную терапию за счет государства [8].

У получающих адекватную терапию антиретровирусными препаратами есть шанс прожить долгую и полноценную жизнь и родить здорового ребенка. Поэтому для ВИЧ-инфицированного, настроенного на борьбу за свою жизнь, недоступность лечения или его непереносимость являются дополнительным тяжелым стрессом [2].

Эффективная антиретровирусная терапия не только дает шанс на полноценную жизнь больно-

му, но имеет и важное эпидемиологическое значение. При постоянном приеме препаратов значительно снижается вирусная нагрузка (количество вирусов в организме человека), вследствие чего уменьшается риск передачи инфекции, что особенно актуально для учреждений УИС [10].

При лечении антиретровирусными препаратами часто развиваются побочные эффекты, которые могут служить причиной несоблюдения режима приема лекарственных средств и даже полного отказа от лечения [3, 15]. Большая часть побочных эффектов развивается в первые шесть недель лечения, меньшая – через 3-6 месяцев и позже [3]. Диагностика побочных эффектов затрудняется тем, что многие из них сходны с проявлениями самой ВИЧ-инфекции и вторичных заболеваний [3].

При этом важно знать, что именно первый год терапии ВИЧ-инфекции наиболее значим с точки зрения психологической и физиологической адаптации больного к самому факту пожизненного приема препаратов и к собственно антиретровирусным препаратам [3, 13]. И именно первая схема терапии дает самый большой шанс снизить вирусную нагрузку до минимума и удерживать ее на этом уровне [3, 13]. С развитием вторичных заболеваний к антиретровирусным добавляется все больше и больше новых лекарственных препаратов.

В работе с ВИЧ-инфицированными осужденными у врача и психолога имеются четко очерченные задачи.

Задачи врача: во-первых, подобрать для больного схему лечения, обладающую не только длительной эффективностью, но и минимальной токсичностью, во-вторых, разъяснить больному опасность заболевания и значимость лечения. Выполнение этих задач врачу облегчает дисциплинированность больного и его настроенность на борьбу за свое здоровье, а затрудняет – безответственность и психологическое неблагополучие больного [3].

Задачи психолога: помочь больному ВИЧ-инфекцией осужденному пережить негативные психические состояния при ознакомлении с диагнозом, сформировать и поддерживать мотивацию к лечению, а также найти новые смысловые и ценностные ориентиры для создания перспективы дальнейшей жизни. При этом следует учитывать два важных момента. Во-первых, именно первый год терапии ВИЧ-инфекции является определяющим для психологической адаптации больного к лечению, а, значит, требует максимальных усилий в работе психолога [3, 13]. Во-вторых, трудность задачи психолога многократно возрастает в усло-

виях принадлежности осужденного к маргинальным слоям общества, низкой переносимости лекарственной терапии или отсутствия эффекта от нее.

Кроме того, сформировать у ВИЧ-инфицированного осужденного мотивацию к лечению – непростая задача в связи с рядом следующих специфических для УИС факторов.

Низкая медицинская грамотность основной массы контингента осужденных делает их невосприимчивыми к разъяснительной работе врачей и оставляет равнодушными к собственному неблагоприятному прогнозу и к рискам окружающих [10].

Недоверие и неприязненное отношение к сотрудникам учреждения, в том числе к психологам и к медицинскому персоналу, обесценивают сообщаемую ими информацию и вызывают чувство протеста против их рекомендаций и призывов. Тогда как, напротив, советы других осужденных не лечиться, чтобы избежать токсического действия препаратов, или прибегнуть к методам народной медицины, часто воспринимаются как руководство к действию [10].

Опасения, что доступ к лекарственным препаратам прекратится после выхода на свободу и все равно полноценного лечения не получится, могут быть причиной отказа от приема препаратов во время отбывания наказания в местах лишения свободы [10].

ВИЧ-инфицированные осужденные могут из-за побочного психотропного действия некоторых антиретровирусных препаратов не принимать их сами, а продавать другим осужденным, повышая таким способом свою значимость и преследуя личную выгоду [10]. При этом схема лечения не соблюдается и его эффективность стремительно падает [3, 13, 15].

ВИЧ-инфицированные осужденные могут использовать декларируемую персоналом учреждения необходимость лечиться как способ манипуляций и требовать послаблений режима содержания в обмен на согласие принимать препараты [10].

Однако, даже с учетом приведенных специфических для УИС факторов снижения мотивации осужденных к лечению, нахождение больных в местах лишения свободы является благоприятной для лечения ВИЧ-инфекции особенностью УИС, так как ВИЧ-инфицированные становятся всегда доступными для динамического наблюдения за ходом лечения и психокоррекционной работы [12]. Закрытый характер исправительных учреждений позволяет использовать возможности сочетанного психологического и медицинского влияния на пациента, повышая индивидуальную мо-

тивацию, корректируя поведение осужденных и укрепляя их здоровье [4].

Выводы

За сорок лет изучения проблемы ВИЧ-инфекции накоплен большой массив данных, знание которых позволит психологу УИС оптимизировать работу с ВИЧ-инфицированными осужденными и повысить ее эффективность:

1. Распространение ВИЧ-инфекции в популяции можно контролировать комплексом медико-социальных мер, а прогрессирование ВИЧ-инфекции у отдельного индивидуума – адекватной антиретровирусной терапией и успешной психологической коррекцией.

2. В связи с более высокой, чем в общей популяции, концентрацией ВИЧ-положительного контингента в учреждениях УИС, важной социальной функцией УИС является противодействие распространению ВИЧ-инфекции. Большую роль при этом играет психологическая поддержка ВИЧ-инфицированных осужденных.

3. Давность извещения о диагнозе, обстоятельства инфицирования, стадия заболевания, иммунный статус, а также доступность и переносимость лечения влияют на структуру психологического статуса ВИЧ-инфицированных.

4. Максимально в психологической поддержке нуждаются лица, узнавшие о своем ВИЧ-положительном статусе непосредственно в учреждениях УИС, и лица в первый год лечения ВИЧ-инфекции.

5. Психический статус больных претерпевает изменения с течением болезни: в ранних периодах – это психосоциальные проблемы, связанные с самим фактом наличия ВИЧ-инфекции, по мере

развития заболевания к ним присоединяются психологические проблемы, обусловленные ухудшающимся состоянием здоровья, затем – проявления прогрессирующего поражения нервной системы.

6. ВИЧ-инфицированные с нормальными иммунологическими показателями (CD4+-лимфоцитов больше 500 кл/мкл) достаточно благополучны в психологическом плане – они более ответственны, склонны занимать активную жизненную позицию и ориентироваться на будущее. Тогда как ВИЧ-инфицированные с низкими иммунологическими показателями (CD4+-лимфоцитов меньше 200 кл/мкл) в целом психологически неблагополучны, занимают пассивную жизненную позицию, фиксируются на прошлом и отличаются низкой приверженностью лечению. При этом ВИЧ-инфицированные мужчины чаще склонны к отрицательному эмоциональному фону, чем женщины.

7. Психологический ресурс ВИЧ-инфицированных включает в себя: активную жизненную позицию, положительное эмоциональное состояние, осознание ценности здоровья, четкий образ будущего и позитивное отношение к нему, готовность использовать социальную поддержку.

Знание данных особенностей поможет психологу УИС определить оптимальную тактику работы с ВИЧ-инфицированными осужденными, а закрытый характер учреждений УИС позволяет максимально использовать возможности сочетанного психологического и медицинского влияния на пациента с целью повышения качества его жизни и предотвращения распространения ВИЧ-инфекции.

Литература

1. ВОЗ. ВИЧ/СПИД: сайт. 2021. URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 25.03.2021)
2. Зинченко А.И. Влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность организма противостоять заболеванию: дис. ... канд. псих. Наук. С.-Пб., 2009. 163 с.
3. Канестри В.Г. Безопасность и переносимость современных схем антиретровирусной терапии у взрослых больных ВИЧ-инфекцией: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2015. 309 с.
4. Карпец А.В., Пхиденко С.В., Маринец О.В. Партнерская модель медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, освободившихся из мест лишения свободы: практический опыт реализации на примере Оренбурга и Оренбургской области. Оренбург, Типография «Союз», 2010. 126 с.
5. Клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция у взрослых. 2020: сайт. 2021. URL: <https://vrachirf.ru/storage/date202011/f2/32/83/56/e5/4c/20/97/4765-13a9e3-25d5dd.pdf> (дата обращения: 25.03.2021)
6. Кудрич Л.А., Брызгин М.Б., Ефремова Е.Н. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных людей // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), Modern Research of Social Problems. 2015 № 11 (55). www.sisp.nkras.ru
7. Литусов Н.В. Вирус иммунодефицита человека: иллюстрированное учебное пособие. Екатеринбург: УГМУ, 2018. 31 с.
8. Официальный интернет-портал Минздрава России о профилактике ВИЧ/СПИД: сайт. 2021. URL: <http://o-spide.ru> (дата обращения: 25.03.2021)

9. Росстат России. ВИЧ: сайт. 2021. URL: <https://rosinfostat.ru/vich> (дата обращения: 25.03.2021)
10. Теохаров А.К., Теохаров К.Б. ВИЧ-инфицированные осужденные: лечить или исправлять? // Вестник Омского университета. Серия «Право». 2017. № 2 (51). С. 175 – 181.
11. ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора: сайт. 2021. URL: <http://cgon.rospotrebnadzor.ru/content/63/1896> (дата обращения: 25.03.2021)
12. ФСИН России: сайт. 2021. URL: https://fsin.gov.ru/news/index.php?ELEMENT_ID=433465 (дата обращения: 25.03.2021)
13. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции 2011. М.: Р.Валент, 2012. 736 с.
14. Шаргородская О.В., Сапоровская М.В., Крюкова Т.Л. Динамика совладания у ВИЧ-инфицированных на разных этапах переживания стресса // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2015. Т. 21. С. 138 – 142.
15. Nolan D., Mallal S. Adverse effects of antiretroviral therapy for HIV infection: a review of selected topics // Expert Opin. Drug Saf. 2005. Vol. 4 (2). P. 201 – 218.
16. Сервецкий А.К. Клініко-психопатогічна характеристика адаптаційних розладів ВІЛ-інфікованих пацієнтів. К.: УНДІ ССПН, 2008. 16 с.

References

1. ВОЗ. ВИЧ/СПИД: сайт. 2021. URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 25.03.2021)
2. Zinchenko A.I. Vliyanie psihologicheskogo resursa ВИЧ-инфицированных на sposobnost' organizma protivostoyat' zabolevaniyu: dis. ... kand. psih. Nauk. S.-Pb., 2009. 163 s.
3. Kanestri V.G. Bezopasnost' i perenosimost' sovremennykh skhem antiretrovirusnoy terapii u vzroslykh bol'nykh ВИЧ-инфекцией: dis. ... d-ra med. nauk. M., 2015. 309 s.
4. Карпец А.В., Фиденко С.В., Маринек О.В. Partnerskaya model' mediko-social'nogo soprovozhdeniya ВИЧ-инфицированных потребителей в "экстремных" ситуациях, освободившись из мест лишения свободы: практический опыт реализации на примере Оренбурга и Оренбургской области. Оренбург, Типография «Союз», 2010. 126 с.
5. Klinicheskie rekomendacii. ВИЧ-инфекция у взрослых. 2020: сайт. 2021. URL: <https://vrachirf.ru/storage/date202011/f2/32/83/56/e5/4c/20/97/4765-13a9e3-25d5dd.pdf> (дата обращения: 25.03.2021)
6. Kudrich L.A., Bryzgin M.B., Efremova E.N. Social'no-psihologicheskie osobennosti ВИЧ-инфицированных людей. Sovremennye issledovaniya social'nykh problem (elektronnyj nauchnyj zhurnal), Modern Research of Social Problems. 2015 № 11 (55). www.sisp.nkras.ru
7. Litusov N.V. Virus immunodeficitа cheloveka: illyustrirovannoe uchebnoe posobie. Ekaterinburg: UGMU, 2018. 31 s.
8. Oficial'nyj internet-portal Minzdrava Rossii o profilaktike ВИЧ/СПИД: сайт. 2021. URL: <http://o-spide.ru> (дата обращения: 25.03.2021)
9. Росстат России. ВИЧ: сайт. 2021. URL: <https://rosinfostat.ru/vich> (дата обращения: 25.03.2021)
10. Теохаров А.К., Теохаров К.Б. ВИЧ-инфицированные осужденные: лечить или исправлять? Vestnik Omskogo universiteta. Seriya «Pravo». 2017. № 2 (51). С. 175 – 181.
11. ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора: сайт. 2021. URL: <http://cgon.rospotrebnadzor.ru/content/63/1896> (дата обращения: 25.03.2021)
12. ФСИН России: сайт. 2021. URL: https://fsin.gov.ru/news/index.php?ELEMENT_ID=433465 (дата обращения: 25.03.2021)
13. Hoffman K., Rokshtro YU.K. Lechenie ВИЧ-инфекции 2011. М.: R.Valent, 2012. 736 с.
14. SHargorodskaya O.V., Saparovskaya M.V., Kryukova T.L. Dinamika sovladaniya u ВИЧ-инфицированных на разных этапах переживания стресса. Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova. 2015. Т. 21. С. 138 – 142.
15. Nolan D., Mallal S. Adverse effects of antiretroviral therapy for HIV infection: a review of selected topics. Expert Opin. Drug Saf. 2005. Vol. 4 (2). P. 201 – 218.
16. Servec'kij A.K. Kliniko-psihopatogichna harakteristika adapta cijnih rozladiv VIL-инфицированных пациентов. К.: УНДІ ССПН, 2008. 16 с.

*Madoyan M.A., Candidate of Medical Sciences (Ph.D.), Senior Lecturer,
Kiseleva R.N., Candidate of Psychological Sciences (Ph.D.), Associate Professor,
Colonel of the Internal Service,
Academy of the Federal Penitentiary Service of Russia*

**FACTORS AFFECTING THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF HIV-INFECTED CONVICTS SERVING SENTENCES IN PLACES OF DEPRIVATION
OF LIBERTY (ON THE 40TH ANNIVERSARY OF HIV INFECTION STUDY)**

Abstract: for the first time, the factors that affect the psychological status of HIV-infected people in relation to persons serving sentences in places of deprivation of liberty are analyzed in the article. **Goals.** 1. To summarize the currently available results of scientific research on the influence of the following factors on the psychological characteristics of patients with HIV infection: the deadline for informing about the presence of HIV, the circumstances of infection, the stage of the disease, the immune status, the availability and tolerability of treatment. 2. To interpret the obtained data in the context of the stay of HIV-infected persons in places of detention. 3. To show the prospects of using the identified patterns in the work of the penal system's psychological service. **Methods:** analytical, generalization, interpretation. **Results.** The period of notification of the diagnosis, the circumstances of infection, the stage of the disease, the degree of the immune system damage, as well as the availability and tolerability of treatment determine changes in the psychological characteristics of HIV-infected persons. Among the HIV-infected convicts, there are categories for which psychological distress is typical, and categories that are in maximum need of psychological support. In case with HIV infection, there is a certain psychological resource. The presence of HIV-infected persons in places of detention provides additional opportunities for psychocorrective influence on them. **Conclusions:** in order to optimize and improve the effectiveness of psychocorrective work with HIV-infected convicts, it is advisable for psychologists of the penal system to know and take into account the identified factors. The closed nature of correctional institutions makes it possible to maximize the possibilities of combined psychological and medical influence on convicts in order to improve the quality and duration of their lives and prevent the spread of HIV infection.

Keywords: HIV infection, convicts, psychological status, psychological features, penal system, places of deprivation of liberty

*Минюрова С.А., доктор психологических наук, профессор,
Уральский государственный педагогический университет,
Аминова Дж.К., старший преподаватель,
Дагестанский государственный педагогический университет*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОСТИ МАГИСТРАНТА, ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ 44.04.02- ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Аннотация: статья посвящена актуальной проблеме формирования личности магистранта, обучающегося по направлению 44.04.02-психолого-педагогическое образование. Авторы делают методологический анализ определения феномена психологической безопасности (ПБ) личности как качественной ее характеристики, так же вычисляют индекс ПБ. Анализ зарубежных и отечественных первоисточников последних лет показал высокую заинтересованность ученых в поиске механизмов и структуры психологической безопасности личности, в приложении ко всем сферам жизнедеятельности человека. Авторы дают оригинальное определение данного феномена, который логически приводит к оформлению формулы (ИПБ = (ПР, БПОС, ПВК, (УЖ+ П/УЭфф), ВнУ), где ИПБ – индекс психологической безопасности; ПР – психические ресурсы; БПОС – безопасность профессиональной образовательной среды; ПВК – профессионально-важные качества; ПУ – профессиональная удовлетворенность; П/У Эфф – профессиональная/ учебная эффективность; ВнУ – непредсказуемые «помехи» (внешние и внутренние факторы и угрозы). Используя при вычислении индекса ПБ батарею апробированных методов и методик, которые выявляют степень безопасности профессиональной образовательной среды, наличие профессионально-важных качеств личности психолога в образовании, уровень удовлетворенности жизнью и учебной эффективностью.

Ключевые слова: психологическая безопасность, безопасность профессиональной образовательной среды, профессионально-важные качества, личность, психолог, удовлетворенность жизнью, учебная эффективность, магистрант, трудовые функции педагога-психолога

Введение

В послание десятилетия интерес научного профессионального сообщества к вопросам психологической безопасности личности значительно возрос, так как возросло напряжение во всех сферах жизнедеятельности человека. Этимология термина «психологическая безопасность» восходит к 1999 году. Эми К. Эдмондсон, изучая вопросы организационного поведения в работе «Психологическая безопасность и обучающее поведение в рабочих коллективах», описывает условия создания осторожных и разумных условий работы, в которых люди чувствуют себя комфортно [10]. В отечественной науке активно разрабатывается идея гармонизации образовательного пространства [2], основной задачей которого является защита психической и личностной целостности, а так же душевного и духовного здоровья, как ресурсное обеспечение психологического благополучия и развития личности [16, 19]. В.Г. Маралов и И.А. Табунов трактуют ПБ как состояние среды, которое свободно от любого психологического насилия, способствует удовлетворению базальных потребностей, личностно-доверительно, референтно, защищает [7]. С.А. Богомаз, Е.В. Бурмистрова, Ю.А. Витязева, Б.А. Еремеев, М.Е. Зеленова, А.А. Шекетера, определяют ПБ как условие сохранения психологической целостности, наличие чувства удовлетворенности настоящим и уверенность в

будущем, ощущение защищенности интересов и ценностей, включенности в окружающую действительность [3, 4], [5, 6, 12]. О.В. Писарь выделяет ПБ как целостное интегральное качество личности, поддающееся трансформациям воспитательных техник [8]. В спектре просоциально ориентированных форм психологической безопасности ученые обращают внимание на влияние аффективных измерений организационной принадлежности (*affective commitment*), так же на проактивно ориентированные формы так называемого голоса безопасности, интуиции (*safety voice*), демонстрирующие более высокие связи с интернализацией механизмов обеспечения безопасности (*психологическое владение*) [14]. Другие исследования подтвердили связь между психологическим капиталом, удовлетворенностью работой и восприятием безопасности [13]. Достоверные данные получены в сфере изучения психологически безопасных сред обучения, которые при направленном моделировании имеют следующие признаки: способность совершать ошибки без последствий; качества фасилитатора; готовность осуществлять необходимую для достижения цели деятельность [18]. Ряд психологов ставит в синонимический ряд психологическое благополучие и психологическую безопасность [1], но нам видятся знаки нерядоположности этих дефиниций, так как первая имеет семантический вес комфорта и удоволь-

ствия, а вторая – отсутствие опасности и угроз. При этом социальный статус самой личности не имеет большого значения. Интересны работы израильских и американских ученых, которые нашли связь инклюзивности лидера с эффективностью работы подразделения, подчеркнув важность наличия чувства психологической безопасности и эффективность обучения на ошибках [18]. Марианна Тернер в поисках групповой психологической безопасности в ее структуре выделила стиль руководства, способность сотрудничать, вдохновлять людей на достижение групповой цели, а также обеспечивающий индивидуальную поддержку и расширение прав и возможностей работников. Все эти качества безопасного человека можно аккумулировать в насыщенной и открытой коммуникации. Взаимное доверие создает благоприятный климат в группе, мотивируя на саморазвитие психологической безопасности и развитие безопасной среды. Marianne Törner убежден, что безопасность создается через сложные паттерны социально-психологических процессов. Качество средовой безопасности основано на взаимном доверии, уважении, сотрудничестве и личном вкладе в общее дело. С этой точки зрения безопасность является скорее реляционной, чем инструментальной [15]. Результаты работ Abraham Carmeli указывают на роль сильного социального капитала обучающего поведения, основанного на неудачах, для развития психологической безопасности [11, 17]. Каждое фундаментальное исследование этой проблемы вносит свои коррективы и дополнения в понимание методологии изучения, уточнений

определения, элементов структуры, рироду и механизмы развития ПБ.

Материалы и методы

Экспериментальная выборка в данном исследовании состояла из 52-х магистрантов очной и заочной форм обучения 1 и 2 курсов направления 44.04.02- психолого-педагогическое образование, профиль «Психологическое консультирование в образовании», обучающиеся в ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный педагогический университет». Исследование феномена «психологическая безопасность» периода угроз COVID-19 в проекции профессионального стандарта "Педагог-психолог (психолог в сфере образования)" проводилось с сентября 2020 по январь 2021 г.г. Мы предположили, что если в структуре функциональной карты вида профессиональной деятельности педагога-психолога (психолога в сфере образования) прописана трудовая функция «Психологическая экспертиза (оценка) комфортности и безопасности образовательной среды образовательных организаций» [9], то центральной частью предмета этой экспертизы должна стать личность и уровень ее психологической безопасности.

Наше исследование и поиск индекса психологической безопасности магистрантов длится более шести лет, но еще не представлялось возможности изучить его изменения в период уникального психического напряжения личности, которое она испытала под влиянием COVID-19. Поэтому основными методами выступали, приведенные в следующей таблице инструменты:

Таблица 1

Структурный элемент	Метод измерения	Методика	Показатели (шкалы)
Диагностика уровня индекса психологической безопасности магистранта	Тесты Изучения психических ресурсов	Опросник ЖС (жизнестойкость) Методика С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева	Жизнестойкость Вовлеченность Контроль Принятие рисков Атипичность ответов
		«Мотивационный профиль» М-профиль (Шейла Ричи, Питер Мартин) По данным авторов степень корреляции между факторами невелика, наиболее высокий-0,4	Материальное вознаграждение Физические условия Структурирование Социальные контакты Взаимоотношения Признание Стремление к достижениям Власть и влияние Разнообразие и перемены Креативность Самосовершенствование Интерес и полезность

Продолжение таблицы 1

		Индивидуально-типологический опросник К.В. Сугоняев (ИТО+-1)	Стеничность (агрессивность) Спонтанность Сензитивность Социальная желательность Атипичность ответа Экстраверсия Регидность Интроверсия Тревожность Лабильность (эмотивность) Деадаптация Агрессия Депрессия Лидерство Социабельность Компромисность Конформизм Внутренний конфликт Дисбаланс р/н тенденций (несбалансированность полярных тенденций)
	тест определения уровня безопасности профессиональной образовательной среды	«Психологическая безопасность образовательной среды школы» (И.А. Баева)	1. Отношение к образовательной среде 2. Удовлетворенность образовательной средой 3. Защищенность от психологического насилия во взаимодействии
	Тест определения уровня профессионально-важных качеств	Опросник деперсонализации профессиональной системой (ДПС-1)	Активность Работоспособность Спокойствие Эмоциональная устойчивость Удовлетворенность жизнью Социальная желательность Атипичность ответов
		Ценностный опросник Шварца внутренняя согласованность шкал варьирует в диапазоне 0,46 (стимуляция) – 0,74 (гедонизм).	Конформность Традиции Доброта Универсализм Самостоятельность Стимуляция Гедонизм Достижения Власть Безопасность Атипичность ответов

Продолжение таблицы 1

	тест	Шкала из опросника «деперсонализации профессиональной системой (ДПС-1)»	Удовлетворенность жизнью
	Анализ бально-рейтинговых показателей успеваемости магистранта	Обсчет среднеарифметического числа по оценкам успеваемости	Профессиональная/учебная эффективность

Цель вербальной диагностики – выяснить индивидуальную психологическую безопасность личности магистранта в период его практической работы с лицами, зараженными вирусом Ковид-19. Участие было добровольным и конфиденциальным.

Обсуждение результатов

Результатом нашего исследования является создание формулы индекса психологической безопасности личности магистранта. Психологическая безопасность рассматривается нами в отношении

$$\text{ИПБ} = (\text{ПР}, \text{БПОС}, \text{ПВК}, (\text{ПУ} + \text{П/УЭфф}), \text{ВнУ}),$$

где ИПБ – индекс психологической безопасности;

ПР – психические ресурсы;

БПОС – безопасность профессиональной образовательной среды;

ПВК – профессионально-важные качества;

ПУ – профессиональная удовлетворенность;

тельно устойчивых, последовательных и целостных системных образований, которые объединяются в чувстве, состоянии, свойстве и личностном качестве. Это не статическое качество, оно зависит от силы и количества рисков, качества психических ресурсов их переживания, а значит и оно подвержено приспособлению и изменениям. А значит, можно высчитать его удельный вес и индекс. Мы сконструировали формулу индекса психологической безопасности для психологических систем:

П/У Эфф – профессиональная/учебная эффективность.

Параметры угроз и помех, представляют собой «входные сигналы» каждой из систем: ВнУ – непредсказуемые «помехи» (внешние и внутренние факторы угрозы), приводящие к дезадаптации и низкой психологической безопасности.



Рис. 1. Внутренние связи формулы ИПБ

Схематически внутренние связи компонентов формулы ИПБ можно изобразить в вышеприведенном рис. 1, где можно наблюдать иерархические связи частей формулы и во втором яруснометодические инструменты выявления параметров показателей.

Каждый из показателей обсчитывается отдельно с помощью апробированных методов и методик. Прописав формулу для определения индекса психологической безопасности, мы остановились

только на внешних угрозах (ВнУ), особый интерес представлял поиск их выявления и способы нейтрализации или ослабления.

Эмпирические данные мы получали с помощью Универсальной психодиагностической системы «Мультитсихометр», произведенный ООО «Инновационные психотехнологии». В следующей таблице представлен статистический результат проведенного исследования:

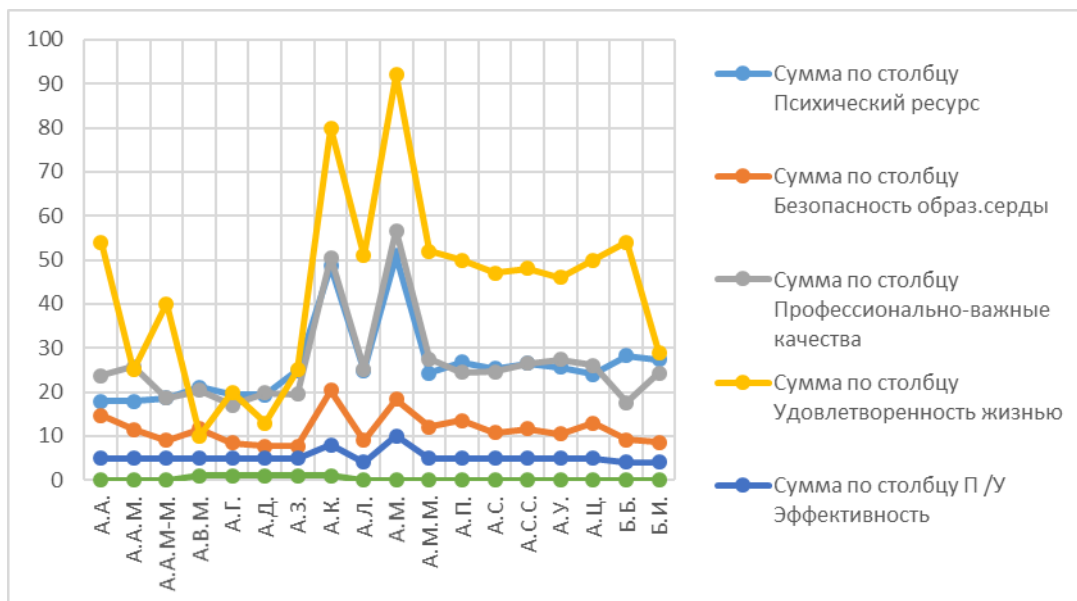


График 1. Данные по группе с высоким уровнем ИПБ

Визуализация полученных данных, представленных в графике 1, показала в группе лиц с высоким уровнем индекса психологической безопасности высокий статус показателя «Удовлетворенность жизнью», «Учебная эффективность» и низ-

кий уровень наличия внешних и внутренних угроз. Этот факт можно объяснить статусом магистранта университета, способствующему достижению профессиональных потребностей.

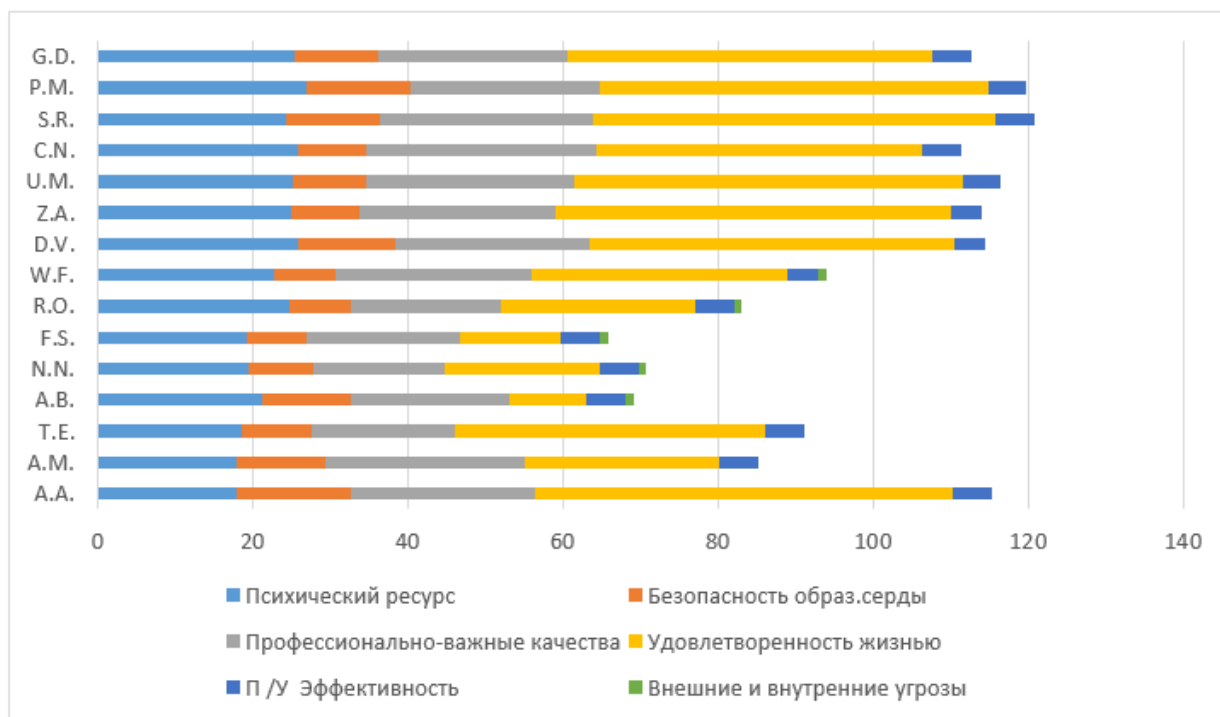


График 2. Данные по группе со средним уровнем ИПБ

Анализ полученных в группе магистрантов со средним уровнем ИПБ данных подтвердил небольшую разницу в личных профилях обучающихся. Так, показатель «Психический ресурс», «Безопасность образовательной среды», «Учебная эффективность» находятся в ряде близких значений, а «Удовлетворенность жизнью» варьирует в группе в пределах плюс-минус 20 баллов, что заставляет обратить внимание на угрозы потери без-

опасности. Масштаб внешних информационных угроз для психики человека изучен детально, но недостаточно.

Заключение

Индекс психологической безопасности можно рассматривать как относительно устойчивое, последовательно структурированное и целостное образование, которое индицирует наличный уровень ПБ. Но по мере адаптивности, это психоди-

намическое явление и характеризуется процессуальностью. И чем гармоничнее и теснее отношение между его структурами, тем выше индекс психологической безопасности, потому что она включает в себя показатели среды, личности и активности психики.

Целесообразно разработать программу государственной политики, где, начиная с раннего детства идет сопровождение безопасного развитие личности в спектре всех государственных структур: здравоохранение, образование, экономика, социальные институты. Важность формирования высокого ИПБ имеет прикладное значение. Выполняя функцию психолого-педагогического со-

провождения развития, педагог-психолог должен сам быть источником психологической безопасности. И особое внимание необходимо уделять определению индивидуального индекса психологической безопасности личности магистранта, обучающегося по направлению 44.04.02 – Психолого-педагогическое образование, имея в арсенале индивидуального профиля личности будущего психолога в образовании данные по уровню безопасности профессиональной образовательной среды, сформированные профессионально-важные качества, высокие показатели удовлетворённости жизнью и учебной эффективности.

Литература

1. Баева И.А. Психологическая безопасность – ресурс психологического благополучия и развития человека в образовательной среде и социальном мире // В сборнике: Психологические и социально-педагогические аспекты безопасности образовательной среды сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции с международным участием / Под ред. О.А. Драгановой, С.Е. Мязиной. 2019. С. 6 – 9.
2. Белоусова Н.С., Калашников А.И., Шимова Д.С., Водяха С.А., Водяха Ю.Е., Попова К.А., Газизова Ю.С., Демченко О.Ю., Жукова Н.В., Рыбакова Л.А., Иванова Е.С., Казаева Е.А., Громов А.Г., Максимова Л.А., Валиева Т.В., Руженцева Н.Б., Валиев Р.А., Мельникова М.Л., Минюрова С.А., Леоненко Н.О. и др. Психология образовательной среды: теоретические аспекты и современные тенденции практики: Коллективная монография. Екатеринбург, 2017.
3. Богомаз С.А. Психологическая безопасность как условие личностного развития школьных выпускников // Психология обучения. 2010. № 1. С. 53 – 62.
4. Бурмистрова Е.В. Психологическая безопасность образовательной среды [Электронный ресурс]. <http://tochkapsy.ru/teksts/burmistrova/b4.ppt>
5. Еремеев Б.А. Психология безопасности, психологическая безопасность и уровни развития человека // Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма: сборник научных статей по материалам Первого Международного Форума (5-7 июня 2006 г.). СПб.: ООО «Книжный Дом», 2006. С. 101 – 103.
6. Зеленова М.Е. Неосознаваемые психологические защитные механизмы и безопасность личности / Проблемы психологической безопасности / Отв. ред. А.Л. Журавлёв, Н.В. Тарабрина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. С. 160 – 181.
7. Маралов В.Г., Табунов И.А. Психологическая структура сензитивности к опасностям // Вестник ЧГУ, 2013. Т. 2. № 2.
8. Писарь О.В. Формирование личной безопасности студентов на основе компетентностного подхода: дис. ... д-ра пед. наук. Казань, 2009. 436 с.
9. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24 июля 2015 г. N 514н "Об утверждении профессионального стандарта "Педагог-психолог (психолог в сфере образования)" <https://base.garant.ru/71166760/>
10. Эми С. Эдмондсон. Гарвардская школа бизнеса Morgan Hall T93 Boston, MA 02163 5 мая 2003.
11. Abraham Carmeli, Social Capital, Psychological Safety and Learning Behaviours from Failure in Organisations, Long Range Planning. 2007. Vol. 40, Issue 1. P. 30 – 44. ISSN 0024-6301. <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2006.12.002>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0024630106001233>)
12. Anastasiya A. Sheketera Yuliya A. Vityazeva Sergey A. Bogomaz. Psychological safety as a factor of intellectual development of school leavers // Procedia-Social and Behavioral Sciences 28 October 2014.
13. Kjersti Bergheima Morten Birkel, Nielsenba Kathryn Mearnsa Jarle Eida. The relationship between psychological capital, job satisfaction, and the perception of safety in the maritime industry // Security Science. Vol. 74. April 2015, Pages 27-36 <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.11.024>
14. Matteo Curcurutoa, Mark A.Griffinb. Prosocial and proactive “safety citizenship behaviour” (SCB): The mediating role of affective commitment and psychological ownership // Safety Science. Vol. 104. April 2018. P. 29 – 38.

15. Marianne Törner, The “social-physiology” of safety. An integrative approach to understanding organisational psychological mechanisms behind safety performance // *Safety Science*. 2011. Vol. 49. Issues 8-9. P. 1262 – 1269. ISSN 0925-7535, <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.04.013>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753511000968>)
16. Milena Heinsch, Hannah Wells, Dara Sampson, Addie Wootten, Melissa Cupples, Clare Sutton, Frances Kay-Lambkin. Protective factors for mental and psychological wellbeing in Australian adults: A review // *Mental Health & Prevention*. 2020. 2001. № 92. ISSN 2212-6570. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200192>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212657020302221>)
17. Reuven Hirak, Ann Chunyan Peng, Abraham Carmeli, John M. Schaubroeck, Linking leader inclusiveness to work unit performance: The importance of psychological safety and learning from failures // *The Leadership Quarterly*, 2012. Vol. 23. Issue 1. P. 107 – 117. ISSN 1048-9843, <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.11.009>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S104898431100172X>)
18. Sufia Turner, Nicole Harder. Psychological Safe Environment: A Concept Analysis // *Clinical Simulation in Nursing*. 2018. Vol. 18. P. 47 – 55. ISSN 1876-1399, <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.02.004>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876139917301469>)
19. Tiphaine Huyghebaert, Nicolas Gillet, Claude Fernet, Fadi-Joseph Lahiani, Evelyne Fouquereau. Leveraging psychosocial safety climate to prevent ill-being: The mediating role of psychological need thwarting // *Journal of Vocational Behavior*. 2018. Vol. 107. P. 111 – 125. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000187911830040X>)

References

1. Baeva I.A. Psihologicheskaya bezopasnost' – resurs psihologicheskogo blagopoluchiya i razvitiya cheloveka v obrazovatel'noj srede i social'nom mire. V sbornike: Psihologicheskie i social'no-pedagogicheskie aspekty bezopasnosti obrazovatel'noj srede sbornik materialov mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. Pod red. O.A. Draganovoj, S.E. Mya-zinoj. 2019. S. 6 – 9.
2. Belousova N.S., Kalashnikov A.I., SHimova D.S., Vodyaha S.A., Vodyaha YU.E., Popova K.A., Gazizova YU.S., Demchenko O.YU., ZHukova N.V., Rybakova L.A., Ivanova E.S., Kazaeva E.A., Gromov A.G., Maksimova L.A., Valieva T.V., Ruzhenceva N.B., Valiev R.A., Mel'nikova M.L., Minyurova S.A., Leonenko N.O. i dr. Psihologiya obrazovatel'noj srede: teoreticheskie aspekty i sovremennye tendencii praktiki: Kollektivnaya monografiya. Ekaterinburg, 2017.
3. Bogomaz S.A. Psihologicheskaya bezopasnost' kak uslovie lichnostnogo razvitiya shkol'nyh vypusknikov. Psihologiya obucheniya. 2010. № 1. S. 53 – 62.
4. Burmistrova E.V. Psihologicheskaya bezopasnost' obrazovatel'noj srede [Elektronnyj resurs]. <http://tochkap-sy.ru/teksts/burmistrova/b4.ppt>
5. Eremeev B.A. Psihologiya bezopasnosti, psihologicheskaya bezopasnost' i urovni razvitiya cheloveka. Psihologicheskaya bezopasnost', ustojchivost', psihotravma: sbornik nauchnyh statej po materialam Pervogo Mezhdunarodnogo Forumu (5-7 iyunya 2006 g.). SPb.: OOO «Knizhnyj Dom», 2006. S. 101 – 103.
6. Zelenova M.E. Neosoznavaemye psihologicheskie zashchitnye mekhanizmy i bezopasnost' lichnosti. Problemy psihologicheskoy bezopasnosti. Otv. red. A.L. ZHuravlyov, N.V. Tarabrina. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2012. S. 160 – 181.
7. Maralov V.G., Tabunov I.A. Psihologicheskaya struktura senzitivnosti k opasnostyam. Vestnik CHGU, 2013. T. 2. № 2.
8. Pisar' O.V. Formirovanie lichnoj bezopasnosti studentov na osnove kompetentnostnogo podhoda: dis. ... d-ra ped. nauk. Kazan', 2009. 436 s.
9. Prikaz Ministerstva truda i social'noj zashchity RF ot 24 iyulya 2015 g. N 514n "Ob utverzhdenii professional'nogo standarta "Pedagogpsiholog (psiholog v sfere obrazovaniya)" <https://base.garant.ru/71166760/>
10. Emi S. Edmondson. Garvardskaya shkola biznesa Morgan Hall T93 Boston, MA 02163 5 maya 2003.
11. Abraham Carmeli, Social Capital, Psychological Safety and Learning Behaviours from Failure in Organisations. *Long Range Planning*. 2007. Vol. 40. Issue 1. P. 30 – 44. ISSN 0024-6301, <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2006.12.002>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0024630106001233>)
12. Anastasiya A. Sheketera Yuliya A. Vityazeva Sergey A. Bogomaz. Psychological safety as a factor of intellectual development of school leavers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 28 October 2014.

13. Kjersti Bergheima Morten Birkel, Nielsenba Kathryn Mearnsa Jarle Eida. The relationship between psychological capital, job satisfaction, and the perception of safety in the maritime industry. *Security Science*. April 2015. Vol. 74. P. 27 – 36 <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.11.024>

14. Matteo Curcurutoa, Mark A.Griffinb. Prosocial and proactive “safety citizenship behaviour” (SCB): The mediating role of affective commitment and psychological ownership. *Safety Science*. Vol. 104. April 2018. P. 29 – 38.

15. Marianne Törner, The “social-physiology” of safety. An integrative approach to understanding organisational psychological mechanisms behind safety performance. *Safety Science*. 2011. Vol. 49. Issues 8-9. P. 1262 – 1269. ISSN 0925-7535, <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2011.04.013>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753511000968>)

16. Milena Heinsch, Hannah Wells, Dara Sampson, Addie Wootten, Melissa Cupples, Clare Sutton, Frances Kay-Lambkin. Protective factors for mental and psychological wellbeing in Australian adults: A review. *Mental Health & Prevention*. 2020. 2001. № 92. ISSN 2212-6570, <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200192>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212657020302221>)

17. Reuven Hirak, Ann Chunyan Peng, Abraham Carmeli, John M. Schaubroeck, Linking leader inclusiveness to work unit performance: The importance of psychological safety and learning from failures. *The Leadership Quarterly*, 2012. Vol. 23. Issue 1. P. 107 – 117. ISSN 1048-9843. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2011.11.009>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S104898431100172X>)

18. Sufia Turner, Nicole Harder. Psychological Safe Environment: A Concept Analysis. *Clinical Simulation in Nursing*. 2018. Vol. 18. P. 47 – 55. ISSN 1876-1399, <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.02.004>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876139917301469>)

19. Tiphaine Huyghebaert, Nicolas Gillet, Claude Fernet, Fadi-Joseph Lahiani, Evelyne Fouquereau. Leveraging psychosocial safety climate to prevent illbeing: The mediating role of psychological need thwarting. *Journal of Vocational Behavior*. 2018. Vol. 107. P. 111 – 125. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000187911830040X>)

*Minyurova S.A., Doctor of Psychological Sciences (Advanced Doctor), Professor,
Ural State Pedagogical University,
Aminova Zh.K., Postgraduate,
Dagestan State Pedagogical University*

DETERMINATION OF THE INDEX OF PSYCHOLOGICAL SECURITY OF THE PERSONALITY OF A MASTER STUDENT STUDYING IN THE DIRECTION 44.04.02-PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL EDUCATION

Abstract: the article is devoted to the actual problem of the formation of the personality of a master student studying in the direction of 44.04.02-psychological and pedagogical education. The authors make a methodological analysis of the definition of the phenomenon of psychological safety (PS) of a person as a qualitative characteristic, and also calculate the PS index. Analysis of foreign and domestic primary sources of recent years has shown a high interest of scientists in the search for mechanisms and structures of psychological security of the individual, as applied to all spheres of human life. The authors give an original definition of this phenomenon, which logically leads to the formulation of the formula ($IPS = (MR, SOEE, PIQ, (UZh + P/UEff), UI)$), where IPS is the index of psychological safety; MR is mental resources; SOEE is the safety of occupational educational environment; PIQ – professionally important qualities; PS – professional satisfaction; P/E Eff – professional/educational efficiency; UI – unpredictable “interferences” (external and internal factors and threats) Using a battery of proven methods and techniques in calculating the PS index, which reveal the degree of safety of the professional educational environment, the presence of professionally important qualities of the personality of a psychologist in education, the level of life satisfaction and educational efficiency.

Keywords: psychological safety, safety of the professional educational environment, professionally important qualities, personality, psychologist, life satisfaction, educational efficiency, graduate student, labor functions of a teacher-psychologist

*Лысенко Е.М., кандидат педагогических наук,
доктор философских наук, профессор,
Балтийский государственный технический
университет «ВОЕНМЕХ» им. Д.Ф. Устинова,
Коротенко В.С., офицер-преподаватель,
Филиал Военной академии материально технического
обеспечения им. генерала армии А.В. Хрусталева,
Ларионова Т.И., психолог, заместитель председателя Президиума,
РО СПб МОО «Европейская Конфедерация
Психоаналитической Психотерапии», Санкт-Петербург*

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕЦЕНТРИРОВАННОЙ КОМПЕТЕНЦИИ И ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ КАК ОСНОВЫ КУЛЬТУРЫ ЖИЗНИ ОБУЧАЕМЫХ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Аннотация: в данной статье авторы ставят перед собой целевую установку, связанную с научной проработкой и экспериментальной проверкой эффективности формирования здоровьесцентрированной компетенции и ее связи с временной перспективой жизни у обучаемых высшей школы. В статье представлены данные об уровне сформированности временной перспективы и здоровьесцентрированной компетенции у обучаемых как субъектов культуры жизни, описаны уровни и дана их характеристика. Изучение данной проблематики фактически доказало, что наличие долгосрочной временной перспективы у студентов позволяет эффективно решать вопросы по формированию здоровьесцентрированной компетенции в высшей школе средствами учебных дисциплин и созданием благоприятной образовательной среды, аккумулирующей ценности здоровья и здорового образа жизни как залога успешной реализации жизненных планов.

Ключевые слова: здоровьесцентрированная компетенция, временная перспектива жизни, критерии здоровья, культура жизни, самоактуализация

Введение

На сегодняшний день в связи с изменением ценностного отношения к здоровью сформировались необходимые и достаточные посылки для полного и системного исследования возможностей формирования здоровьесцентрированной компетентности и временной перспективы у студентов высшей школы в условиях. Изучение ценностного отношения к здоровью у обучаемых высшей школы (бакалавров, магистрантов, специалистов), проведенное в период пандемии в университетах Саратова и Санкт-Петербурга показало, что более 95% опрошенных считают здоровье важнейшим фактором реализации жизненных планов и карьерного роста. В связи с этим осознается не только значимость профилактических мер, но и повышается ценность поддержания здорового образа жизни для личностного и профессионального становления. Однако понимание ценности здоровья невозможно без формирования культуры здоровья и культуры жизни в целом, заложенные в содержательные и структурные аспекты здоровьесцентрированной компетенции [1, 2].

В дне сегодняшнем, как отмечают студенты, значительно повышается количество событий в единицу времени, ускоряется темп жизни, интенсифицируется поток сообщений и требований к временным отрезкам выполнения необходимых обязательств (сдаче заданий, отчету о проделан-

ной работе), что вызывает значительное напряжение и фокусировку на краткосрочных перспективах [3, 4, 5]. Молодежь отмечает, что, будучи пользователями интернета, они получают огромное количество сообщений по электронной почте, от участников форумов и т.д., причем нередко сами провоцируют подобную активность, что вынуждает их подолгу «засиживаться» за компьютером в ущерб прогулкам, «живой» коммуникации и даже сну [6, 7, 8]. В целом от обучаемых требуется быстрое восприятие с оперативной переработкой информации, выполнение разнообразных функций с усиленной скоростью, что нередко превышает психофизиологические возможности человека, утомляясь и, обладая недостаточной культурой умственного труда, и культурой жизни в целом, некоторые студенты «расслабляются» путем приобщения к девиациям (табакокурению, алкоголю, наркотикам, праздному времяпрепровождению, сексуальным персеверациям, игромании и пр.) [9, 10, 11]. Не случайно, что рост ряда заболеваний у молодежи вызван теми техническими достижениями цивилизации, которая провоцирует необходимость малоподвижного образа жизни, высокие интеллектуальные нагрузки, переутомление, перфекционизм, уменьшение периода сна, тягу к прокрастинации и социальным девиациям, в которых нередко проявляется современный образ жизни.

При постановке и озвучивании проблемы педагогическим коллективом вуза студенты практически безоговорочно принимают необходимость формирования долгосрочной жизненной перспективы и установки на сохранение и поддержание здоровья и здорового образа жизни как приоритетное направление личностного и профессионального становления.

Цель исследования: теоретический анализ и экспериментальная проверка эффективности формирования здоровьесцентрированной компетенции и ее связи с временной перспективой жизни у обучающихся высшей школы

Методологические основы исследования

Прежде, чем говорить о здоровьесцентрированной парадигме, целесообразно выделить несколько различных аспектов рассмотрения здоровья: эколого-социальный (А.А. Понукалин, В.Б. Самсонов), этнический (В.П. Бранский, Л.Н. Гумилев, М.А. Манойлова, Л.Г. Почебут, П.А. Сорокин, М. Мид); социологический (Л.Я. Аверьянов, Э.М. Андреев, Л.Г. Ионин, Э.Г. Юдин), социально-экологический (Э. Гирусос, Е.А. Меерсон, А. Урсул), медико-социальный (Ю. Лисицын, А. Решетников); психологический (В.А. Ананьев, Б.С. Братусь, Ю.М. Забродин, М.Ф. Секач), педагогический (И. Брехман, Л.Г. Татарникова), ноосферный аспект (А.И. Субетто, О.А. Рагимова, Т.А. Молодиченко, Е.Е. Морозова, Г.П. Сикорская) [12, 13, 14].

В плане временной перспективы стоит заметить, что элементы ценностного отношения к жизни актуализируются в контексте человеческих ресурсов и капитала (Ю. Быченко, Л.Грибак, А. Понукалин, Э. Юдин); качества жизни (В. Ковалев, Ф. Минюшева), концепции социального самочувствия и субъективного благополучия (Ж.Тощенко, Ш.Шамянов), социальных рисков (В. Кузнецов, В. Устьянцев), образовательного капитала (Е. Земцова, И. Зимняя, А. Субетто), культуры жизни (Е.М. Лысенко); акмеологической направленности (Б.Г. Ананьев, А.А. Деркач, Е.Н. Жаринова, Н.В. Кузьмина, С.Д. Пожарский, Н.П. Фетискин). Временная перспектива жизни в соотношении с вопросами болезни и здоровья была представлена в трудах Р.А. Ахмерова, К.Р. Брагиной, Н.И. Баградзе, С.В. Васильковской, Е.И. Головаха, А.А. Кроник, О.Р. Соколюка, А.А. Ершова, О.Б. Елагиной, В.С. Хомик. О методологии проведения педагогического эксперимента говорится в трудах В.И. Загвязинского, Н.В. Кузьминой, В.А. Слостенина, И.Ф. Исаева, Е.Н. Шиянова, Е.В. Яковлева и др.).

На основе анализа теоретического материала по исследуемой проблематике можно констатировать **наличие противоречия между признанием особой роли здоровья для поддержания полноценной**

жизни личности на пути ее достижений к самоактуализации, и недостаточной изученностью процесса формирования здоровьесцентрированной компетентности и образа временной перспективы будущего.

Методы исследования: теоретические (анализ научно-педагогической литературы, нормативных документов, а также метод моделирования);

- эмпирические (наблюдение, анкетирование, беседа, анализ документации, изучение продуктов образовательной и проектной деятельности студентов, метод экспертной оценки, педагогический эксперимент).

В работе использовались следующие методики: методика Рокича «Ценностные ориентации» (Тест Милтона Рокича) по выявлению ценностных ориентаций двух типов: терминальных и инструментальных; авторский опросник «Отношение к здоровью в юношеском возрасте», по изучению ценности здоровья в целом, а также его составляющих: физического здоровья, социального здоровья, психологического (ментального и личностного) и духовного здоровья; методика «Шкалы переживания времени», и методика «Временной децентрации» (Головаха Е.И., Кроник А.А.), позволяющей оценить обращенность студентов к настоящему или будущему; тест-опросник субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера, позволяющий определить ведущий тип ориентации и контроля: интернальной (самоконтроль, умение отвечать за свои поступки, оценивать время и дорожить им) и экстернальная (стремление отходить от решения проблем, обвиняя в неудачах других людей, неумение оценивать значимость настоящего времени, тяга к прошлому или иллюзии будущего).

Концептуальный анализ понятий:

«Здоровьесцентрированная компетенция» (ЗЦК) есть не что иное, как поликомпонентный личностный феномен, который включает осведомленность о всех видах здоровья: физического (соматического), социального, ментального и личностного, духовного и способах их поддержания; потребность в ведении здорового образа жизни во всех сферах жизнедеятельности личности; проявления саногенного мышления как эмоционально-ценностного отношения к своему здоровью; личностное включение ценности здоровья в повседневную жизнь; сформированность поведенческих навыков самоконтроля за самочувствием и поддержания и укрепления здоровья; стремление к самосовершенствованию, акмеологизации во всех сферах жизнедеятельности, включая и ведения здорового образа жизни; умение намечать временные перспективы жизненного пути с учетом особенностей здоровья на данном этапе; автоматизация ЗОЖ;

диссеминация опыта по поддержанию, сохранению и укреплению здоровья во временной перспективе.

Под временной перспективой мы понимаем долговременное планирование жизни, ключевой категорией которой является сохранение здоровья. Наконец, культура жизни, в нашей интерпретации, это интегрированное образование, включающее культурные составляющие человека – его социальную, психологическую и духовную составляющие, а также главенствующие характеристики человека как носителя жизни – единство генетических программ, задатков, имеющих жесткую структуру, рассчитанную на определенный отрезок человеческой жизни, и умение человека волевым усилием поддерживать, укреплять генетическую предрасположенность, а не разрушать ее. Давно известно, что уровень физического здоровья определяет генетически только на пятую часть (20%), в то время, как включение индивида во внешнюю среду с экологическими параметрами определяет уровень здоровья уже на четверть (25%), образ жизни детерминирует ее качество на половину (50%) и только 10% – десятая часть зависит от медицины, за исключением угрожающих здоровья и жизни факторов, когда остается надеяться только на уровень развития медицины и квалификацию врачей [15, 16].

В то же время нельзя забывать, что в 60-80% болезней ведущими являются не вирусы, бактерии и механические повреждения, а психологические проблемы человека, приводящие не только к психозам и неврозам, но и к всевозможным психосоматическим расстройствам [17].

Именно образование, в процессе которого формируется культура жизни личности и призвано сохранять, поддерживать и укреплять физическое, психическое, социальное и духовное здоровье обучаемых как носителей культуры жизни. Особое место в этом процессе отводится высшей школе, так как у обучаемых к этому времени формируется социокультурная зрелость и понимание ответственности за свою жизнь.

Экспериментальной базой исследования являлись: военнослужащие Вольского филиала Военной Академии Тыла и Транспорта ФГКВОУ ВО "Военная академия тыла и транспорта имени генерала армии А.В. Хрулёва" г.Вольск, студенты Балтийского государственного технического университета «ВОЕНМЕХ» им. Д.Ф. Устинова, Санкт-Петербургского Медико-социального института, Санкт-Петербургского государственного технологического института (технический университет); Восточно-Европейского Института психоанализа. Общая численность студентов и военнослужащих, вошедших в выборку, составила 320 человек.

Исследование показало, что можно выделить пять уровней сформированности у студентов ЗЦК и ВП.

Результаты исследования:

Первый, низкий уровень сформированности ЗЦК и ВП (8%) – студенты нейтрально относятся к информированию по вопросам сохранения и укрепления здоровья, считают данную проблему надуманной и пока их не касающейся, имеют одну или несколько вредных привычек, невысокую социальную активность, равнодушие к вопросам личностного и профессионального роста, гордятся тем, что «живут одним днем», предпочитают развлечения или экстремальные виды спорта. Временная перспектива отсутствует, о вопросах долговременного планирования жизни не задумываются, предпочитают развлечения и праздный образ жизни, проявляют пассивно отрицательное отношение к духовным ценностям. Понятия здоровье и ЗОЖ воспринимается как внешнее, навязываемое социумом.

Второй, ниже среднего уровень сформированности ЗЦК и ВП (12%) - студенты осознают необходимость получения информации о здоровье, но только в ситуациях эпидемий или в случае собственного заболевания, понимают, что о здоровье надо думать с ранних лет, но периодически позволяют себе вести нездоровый образ жизни, здоровье воспринимается как инструментальная ценность (как ресурс для достижения других целей), навыки поддержания здорового образа жизни не сформированы, социальная активность различается у разных представителей своей группы, по-разному выражен интерес к профессиональному и личностному росту; делают зарядку или посещают фитнес-клубы периодически; саногенное, оздоравливающее мышление не сформировано, самоконтроль в вопросах поддержания и укрепления различных видов здоровья проявляется недостаточно, нередко мечтают о будущем, ничего не предпринимают в реальности, долгосрочное планирование жизни отсутствует.

Третий, средний уровень сформированности ЗЦК и ВП (34%) – студенты хорошо информированы о всех видах здоровья и с интересом относятся к данной проблеме, сформирована потребность в сохранении здоровья и поддержании ЗОЖ для качественной учебной деятельности или иных задач, присутствуют некоторые навыки поддержания и укрепления здоровья (например, нередко посещают фитнес-клубы, стараются поддерживать мышцы в тонусе, равнодушны к вопросам телесности, но при этом не всегда задумываются о гармонии физического и душевного, поэтому не развивают в себе личностные качества и социальные характеристики, способствующие продуктив-

ному взаимодействию с социумом и достижению личностного акме. Нередко возникают и проблемы несформированности духовного здоровья. В целом уровень культуры здоровья средний и долгосрочное планирование жизни на настоящий момент не предстает как важная для жизнедеятельности задача.

Четвертый уровень ЗЦК и ВП, выше среднего (28%) – студенты с достаточно высоким уровнем сформированности знаний, навыков, умений и владения компетенциями в области здоровья и здорового образа жизни. Они поддерживают себя в хорошей физической форме, работоспособны, испытывают потребность в поддержании ЗОЖ, здоровье предстает как терминальная ценность, то есть как цель, к которой необходимо стремиться. Можно говорить о сформированности у представителей данной группы саногенного мышления. Но нередко у них наблюдается небольшой перекос в различных видах здоровья (например, положительное отношение к физическому здоровью у них сопровождается либо низкой социальной активностью, либо недостаточной сформированностью ментального или личностного здоровья, либо нежеланием развивать духовные ценности, поэтому трудно утверждать, что у студентов данной группы высокий уровень культуры здоровья и серьезное отношение к своему будущему, несмотря на то, что они нередко весьма осознанно выстраивают жизненные перспективы, но на достаточно короткий промежуток времени. Некоторые студенты этой группы акме-ориентированы, но желают добиться высоких результатов в дне сегодняшнем, не всегда реально

оценивая возможно и условия для достижения цели.

Пятый, высокий уровень ЗЦК и ВП (18%) – студенты, отнесенные в группу с высоким уровнем ЗЦК и ВП отличаются высокой информированностью о проблемах здоровья и четким анализом собственного состояния и возможных проблем. Они категорически не приемлют «вредные привычки» не только на уровне табакокурения, алкоголизации, интереса к наркотикам, но и серьезно оценивают риски занятий экстремальными видами спорта, стремясь максимально реализовать в жизни свой жизненный потенциал. У этих студентов наблюдается выраженная гармония в функционировании физического (телесного), социального, ментального и личностного «Я», они стремятся к самосовершенствованию во многих сферах жизни, поэтому большое внимание уделяют творчеству и другим проявлениям духовных начал личности. Здоровье является для них одновременно и терминальной (целевой) и инструментальной ценностью (ресурсной). В данной группе студентов отличает высокий уровень сформированности саногенного мышления, которое распространяется не только на собственное «Я», но и детерминирует потребность в трансляции здорового образа жизни в социуме, на других людей. Субъекты образования данной группы контролируют себя, не допуская девиаций в поведении, они стремятся к самосовершенствованию и владеют способностью видеть временную перспективу и обеспечивать долговременное планирование жизни. Их можно назвать акме-ориентированными личностями, поддерживающими здоровье в социуме.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЕЙ ЗЦК и ВП до педагогического эксперимента

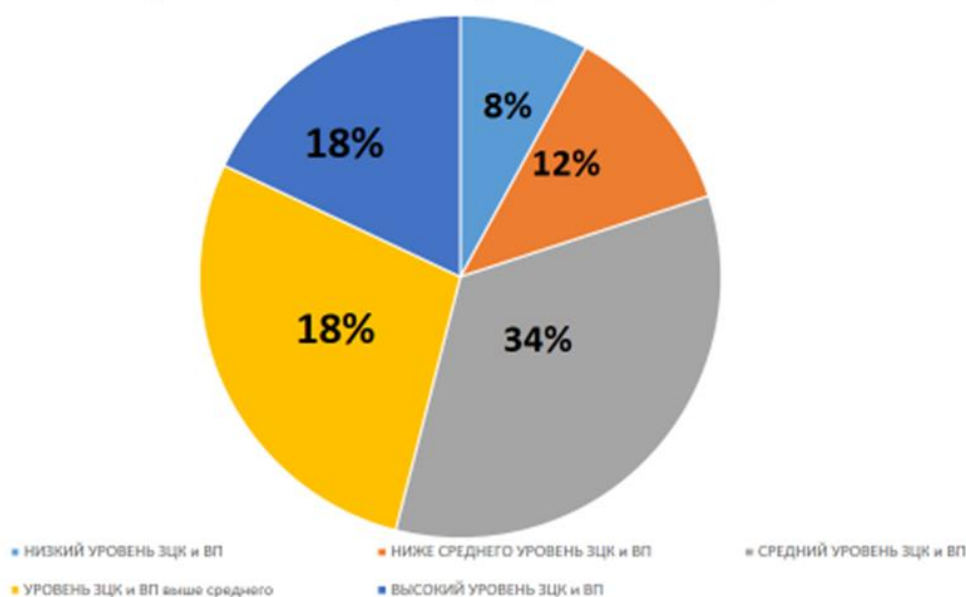


Рис. 1. Распределение уровней ЗЦК и ВП у студентов до проведения педагогического эксперимента

В течение 2-х лет на базе образовательных учреждений проводился педагогический эксперимент, позволивший оценить его эффективность путем повторного изучения специфики отношения к здоровью и долгосрочной перспективы у студентов описанных выше образовательных учре-

ждений. Педагогический эксперимент в рамках данной статьи можно представить в виде модели, отражающей этапы реализации цели на формирование здоровьесцентрированной компетенции (ЗЦК) и временной перспективы жизни (ВП). Модель отражена табл. 1.

Таблица 1

Модель этапов овладения ЗЦК (здоровьесцентрированной компетенцией) и ВП (временной перспективой жизни)

Знания	Владение информацией о сохранении, поддержании и укреплении здоровья и ведения здорового образа жизни для активности и долголетия	Педагогическое просвещение и самообразование I ЭТАП
Информирование		
Базовые умения	Сохранение здоровья и приверженность здоровому образу жизни для достижения намеченных перспективных планов	Психодидактика: развивающее образование, формирование культуры здоровья II ЭТАП
Поддержание		
Прогностические умения	Владение способами профилактики заболеваний и предупреждения профессиональных и личностных деформаций и выгорания	Валеология профилактическое и коррекционное направление III ЭТАП
Предвидение		
Владение навыками ЗОЖ и саногенным мышлением	Оздоровляющее мышление, направленное на управление эмоциями путем рефлексии (вмысливания). (термин Ю. М. Орлова)	Саногенная педагогика Саморегуляция и самодисциплина. Самоорганизация IV ЭТАП
Самореализация		
Осознание ценности Бытия и Здоровья как ресурса жизни	Владение метазнаниями и метанавыками сохранения здоровья как ценности жизни	Креативная педагогика педагогический мониторинг V ЭТАП
Акмеологизация как достижение вершин развития		

В целом можно констатировать: проведение формирующего педагогического эксперимента с последующей диагностикой показало, что в течение учебного года (сентябрь-апрель, 2020-2021 гг.) в экспериментальной группе на 22% повысилось количество студентов с высоким и выше среднего уровня сформированности ЗЦК и ВП личности. Отмечено, что участники акме-педагогического сопровождения отличаются большей жизнестойкостью, ориентированностью на достижения и осознанными целевыми установками на последующие годы, в то время как студенты контрольной

группы, не участвующие в формирующем эксперименте, не в полной мере осознают ценность здоровья и не ориентированы на долгосрочное планирование жизни, ограничивая свой жизненный путь краткосрочными или среднесрочными перспективами. Кроме того, у участников эксперимента наблюдается гармонизация всех видов здоровья (физического, социального, психологического: ментального и личностного, духовного), а также отношение к здоровью выступает как инструментальная и терминальная ценность (табл. 2).

Таблица 2

Динамика сформированности уровней ЗЦК и ВП

Периоды обучения Уровни	Исходный уровень	До экспериментального обучения (%)		После экспериментального обучения (%)		Динамика прироста (%)	
		КГ	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ
	все						
1. Низкий уровень сформированности ЗЦК и ВП	8%	6%	10%	6%	4%	0%	-6%
2. Уровень ЗЦК и ВП ниже среднего	12%	14%	10%	10%	6%	-4%	-4%
3. Средний уровень ЗЦК и ВП	34%	30%	38%	30%	26%	0%	-12%
4. Уровень ЗЦК и ВП выше среднего (поисковый)	28%	30%	26%	36%	40%	+6%	+14%
5. Высокий (творческий) уровень ЗЦК и ВП	18%	20%	16%	18%	24%	-2%	+8%

Временная перспектива и построение долго-временного планирования жизни позволяет студентам создавать у себя «образ будущего», как целевой жизненной ориентир и по-иному: осмысленно и целесообразно относиться к здоровью (физическому, психологическому: ментальному и личностному; социальному и духовному). В связи с этим повышается ответственность педагогов высшей школы в вопросах формирования у студентов здоровьесцентрированной компетенции и временной перспективы личности как основы культуры жизни последующего поколения. Чем выше у студентов сформированность временной

перспективы, тем важнее для них значимость и ценность здоровья как условия, обеспечивающего реализацию жизненно важных смыслов.

С нашей точки зрения понятия «здоровьесцентрированная компетенция» должна войти в общекультурные компетенции Федерального государственного стандарта высшего образования в расширенном наполнении, интегрирующим сохранение, поддержание и укрепление всех компонентов здоровья: физического, социального, психологического и духовного, а прогнозирующим временную перспективу как вектор сохранения здоровья подрастающего поколения.

Литература

1. Лысенко Е.М., Коротенко В.С. Психолого-педагогические аспекты проектирования культуросообразного образования в высшей школе // Международный научно-исследовательский журнал «International Journal of Medicine and Psychology/Международный журнал медицины и психологии». 2020. Т. 3. № 6. С. 85 – 91.
2. Рагимова О.А., Лысенко Е.М. Культура жизни и культура здоровья // Высшее образование в России. 2008. № 11. С. 172 – 176.
3. Тоффлер Э. Шок будущего. Часть I. Конец постоянства. Режим доступа: [http:// read24.ru/fb2/elvin-toffler-shok-buduschego/](http://read24.ru/fb2/elvin-toffler-shok-buduschego/)
4. Тумовская М. Ускорение темпа жизни. Режим доступа: http://www.mfsakha.ru/uskorenie_tempov_i_ritmov_zhizni.html
5. Albulkhanova K.A., Berezina T.N. Personal Time and Life Time. St. Petersburg. Aleteya. 2001. P. 21 – 108.
6. Ежов О.Н. Онтология социального времени. Саратов: Саратовский гос. техн. ун-т, 2000. С. 14 – 24.
7. Клулт М.А. Время в жизни человека (демографический аспект). М., 1985. С. 45 – 76.
8. Нистрян Д.У. Некоторые вопросы здоровья человека в условиях научно-технического прогресса // Здоровый образ жизни. Социально-философские и медико-биологические проблемы. Кишинев, 1991. 128 с.
9. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. Санкт-Петербург: Алетейя, 2001. С. 28 – 46.
10. Иванченко В.А. Как быть здоровым. СПб.: АО «КОМПЛЕКТ», 1994. С. 11 – 45.
11. Манхейм К. Диагноз нашего времени: пер. с нем. и англ.; Отв.ред. и сост. Я.М. Бергер и др. М.: Юрист, 1994. 538 с.
12. Сикорская Г.П. Ноосферный вектор в образовательной парадигме XXI века // Научный диалог. 2012. Серия: Педагогика. Вып. 5. Журнал научных публикаций ISSN 2227-1295
13. Субетто А.И. Теория качества жизни: монография / под ред. А.А. Горбунова. СПб.: Астерион, 2017. 280 с.

14. Триединство здоровья нации, качества жизни и гармоничного общества как основа устойчивого развития России в XXI веке. М.: Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, Т. 2. 2014. 320 с.
15. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. 2-е изд., доп., перераб. М.: Физкультура и спорт, 1990. 208 с.
16. Понятие социального и культурно-исторического времени. Режим доступа: [filnauk.rmfilosofiya-nauki ... ponyatie-socialnogo-i-kulturno-istoricheskogohtml](http://filnauk.rmfilosofiya-nauki...ponyatie-socialnogo-i-kulturno-istoricheskogohtml).
17. Лысенко Е.М., Андреева Г.Ф., Рагимова О.А. Представления о здоровье в современной России // Дыльновские чтения: Материалы V Международной научно-практической конференции, 2018. С. 352 – 354.

References

1. Lysenko E.M., Korotenko V.S. Psihologo-pedagogicheskie aspekty proektirovaniya kul'turoobraznogo obrazovaniya v vysshej shkole. Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal «International Journal of Medicine and Psychology/Mezhdunarodnyj zhurnal mediciny i psihologii». 2020. T. 3. № 6. S. 85 – 91.
2. Ragimova O.A., Lysenko E.M. Kul'tura zhizni i kul'tura zdorov'ya. Vysshee obrazovanie v Rossii. 2008. № 11. S. 172 – 176.
3. Toffler E. SHok budushchego. CHast' I. Konec postoyanstva. Rezhim dostupa: [http:// read24.ru/fb2/elvin-toffler-shok-budushchego/](http://read24.ru/fb2/elvin-toffler-shok-budushchego/)
4. Tumovskaya M. Uskorenie tempa zhizni. Rezhim dostupa: http://www.mfsakha.ru/uskorenie_tempov_i_ritmov_zhizni.html
5. Albulkhanova K.A., Berezina T.N. Personal Time and Life Time. St. Petersburg. Aleteya. 2001. R. 21 – 108.
6. Ezhov O.N. Ontologiya social'nogo vremeni. Saratov: Saratovskij gos. tekhn. un-t, 2000. S. 14 – 24.
7. Klupt M.A. Vremya v zhizni cheloveka (demograficheskij aspekt). M., 1985. S. 45 – 76.
8. Nistryan D.U. Nekotorye voprosy zdorov'ya cheloveka v usloviyah nauchno-tehnicheskogo progressa. Zdorovyj obraz zhizni. Social'no-filosofskie i mediko-biologicheskie problemy. Kishinev, 1991. 128 s.
9. Abul'hannova K.A., Berezina T.N. Vremya lichnosti i vremya zhizni. Sankt-Peterburg: Aleteya, 2001. S. 28 – 46.
10. Ivanchenko V.A. Kak byt' zdorovym. SPb.: AO «KOMPLEKT», 1994. S. 11 – 45.
11. Manhejm K. Diagnostika nashego vremeni: per. s nem. i angl.; Otv.red. i sost. YA.M. Berger i dr. M.: YUrist, 1994. 538 s.
12. Sikorskaya G.P. Noosfernyj vektor v obrazovatel'noj paradigme XXI veka. Nauchnyj dialog. 2012. Seriya: Pedagogika. Vyp. 5. ZHurnal nauchnyh publikacij ISSN 2227-1295
13. Subetto A.I. Teoriya kachestva zhizni: monografiya. pod red. A.A. Gorbunova. SPb.: Asterion, 2017. 280 s.
14. Триединство здоровья нации, качества жизни и гармоничного общества как основа устойчивого развития России в XXI веке. М.: Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, Т. 2. 2014. 320 с.
15. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. 2-е изд., доп., перераб. М.: Физкультура и спорт, 1990. 208 с.
16. Понятие социального и культурно-исторического времени. Режим доступа: [filnauk.rmfilosofiya-nauki ... ponyatie-socialnogo-i-kulturno-istoricheskogohtml](http://filnauk.rmfilosofiya-nauki...ponyatie-socialnogo-i-kulturno-istoricheskogohtml).
17. Лысенко Е.М., Андреева Г.Ф., Рагимова О.А. Представления о здоровье в современной России. Дыльновские чтения: Материалы V Международной научно-практической конференции, 2018. С. 352 – 354.

*Lysenko E.M., Candidate of Pedagogic Sciences (Ph.D.),
Doctor of Philosophical Sciences (Advanced Doctor), Professor,
Baltic State Technical University "VOENMEH" named after D.F. Ustinov,
Korotenko V.S., Officer-Lecturer,
Military Academy of Material and Technical Support named
after Army General A.V. Khrustalev,
Larionova T.I., Psychologist,
RO SPb MOO "European Confederation of Psychoanalytic Psychotherapy"*

**FORMATION OF HEALTH-CENTERED COMPETENCE AND TIME
PERSPECTIVE AS THE BASIS OF THE LIFE CULTURE
OF HIGHER SCHOOL STUDENTS**

Abstract: in this article, the authors set a goal related to the scientific study and experimental verification of the effectiveness of the formation of health-centered competence and its connection with the time perspective of life in higher school students. The article presents data on the level of formation of the time perspective and health-centered competence of students as subjects of the culture of life, describes the levels and gives their characteristics. The study of this problem has actually proved that the presence of a long-term time perspective for students allows them to effectively solve issues related to the formation of health-centered competence in higher education by means of academic disciplines and the creation of a favorable educational environment that accumulates the values of health and a healthy lifestyle as the key to the successful implementation of life plans.

Keywords: health-centered competence, time perspective of life, health criteria, life culture, self-actualization

*Рубанова Е.Ю., кандидат психологических наук,
Тихоокеанский государственный университет*

ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ САМОИЗОЛЯЦИИ

Аннотация: в марте 2020 года в России был объявлен неизвестный до той поры режим самоизоляции, что потребовало от человека адаптации к нестандартным и непривычным для него условиям. Основным состоянием в этой ситуации стало появление постоянного стресса, неопределенности, чрезмерных страхов за свое материальное положение, свое здоровье и здоровье близких людей. С 2015 года доктором психологических наук Д. Холт-Лунстад проводились исследования влияния самоизоляции на психику человека, в результате которых был установлен вред от самоизоляции для здоровья, аналогичный употреблению алкоголя или выкуривания 15 сигарет в день, самоизоляция оказывает больше вреда для психического здоровья человека, чем ожирение, повышая риск преждевременной смерти [6]. Понятие «качество жизни» - универсальный показатель, принимающий в расчет субъективную оценку отдельно взятого человека. В ходе субъективной оценки качества жизни все ее аспекты и критерии подвергаются индивидуальной, уникальной интерпретации, что придает им психологическую подоплеку [5]. Автором в статье рассматриваются особенности субъективной оценки качества жизни в условиях самоизоляции.

Ключевые слова: самоизоляция, субъективная оценка, травматический кризис, пандемия коронавируса, качество жизни

В 2020 году россияне столкнулись с новой реальностью, а именно карантином по коронавирусной инфекции и объявленным режимом самоизоляции, что стало настоящей психологической проблемой для большинства людей. Изучение влияния самоизоляции на состояние психики человека было начато еще в 2015 году профессором неврологии Д. Холт-Лунстад, в результате исследований был установлен вред от самоизоляции для здоровья, аналогичный употреблению алкоголя или выкуривания 15 сигарет в день, самоизоляция оказывает больше вреда для психического здоровья человека, чем ожирение, повышая риск преждевременной смерти [6]. При попадании человека в тревожную для него обстановку, неопределенную, экстремальную, он теряет свое творческое начало. Вынужденный режим самоизоляции как раз можно отнести к такой обстановке, человек находится в стрессе от угрозы заболевания, при этом лишается привычной свободы, возможности передвигаться, общаться со своими родственниками, одним словом лишается своей привычной среды, неопределенность в данном случае была выражена безвременными рамками карантина, многократно преобладающим режимом самоизоляции.

Субъективная оценка качества жизни, рассматриваемая с психологической стороны, складывается из жизненного опыта человека, его культурного уровня, развития в эмоциональном и интеллектуальном плане. Большинство исследователей качества жизни представляют ее субъективную оценку как удовлетворенность/неудовлетворенность человеком своей жизнью или отдельными ее моментами. Особенность переживаний каждым отдельно взятым индивидом уровня удовлетворенности

процессом и результатом своей жизни может дать оценку состояния сознания субъекта, его представлений и понимания им степени собственной удовлетворенности [7].

Согласно данным опроса 21% респондентов признались в появлении у них психологических проблем, подавленного состояния, ощущения стресса, депрессии, 8% – сообщили о заметном ухудшении здоровья, 7% – увеличили потребление алкогольной продукции под влиянием стресса [1]. Согласно проведенному опросу жителей г. Москвы на вопрос о негативных сторонах самоизоляции, о том, что больше всего их напрягало, ответили таким образом: 35% – невозможность полноценно двигаться, иметь личное пространство, ощущали себя как «в тюрьме»; 14,5% – люди испытывали социальную отчужденность; 14,6 – многочисленные страхи относительно карьеры и финансового благополучия [2].

Нахождение в условиях самоизоляции привело к появлению панических состояний и как следствие нелогичному поведению: покупка продуктов и товаров «сильно прозапас», боязнь резкого подъема цен, исчезновения некоторых важных товаров с прилавков магазина. Население, таким образом, само провоцирует рост спроса и как следствие рост цен и инфляции. Тем самым, у людей снижется оценка качества жизни, так как при резком увеличении цен не происходит увеличение зарплат, наоборот, многие потеряли свои рабочие места в период карантина.

Самоизоляция вызывает несколько типов психологических нарушений:

- чувство тревоги и стресса;
- чувство растерянности;

• расстройства психики, имеющие длительные последствия.

Чувство стресса и тревоги возникает по причине страха подхватить серьезное заболевание, граничащее со смертью. Начальный этап самоизоляции, характеризующийся чувством страха, сменяется чувством скуки, потери чего-то очень важного. Далее появляется чувство растерянности и непонимания своих действий в новой обстановке, переходящее в чувство гнева. При дальнейшей неопределенности относительно длительности самоизоляционных мер человека еще больше накрывает растерянность и агрессия. Даже после завершения самоизоляции человек еще долго будет чувствовать ее последствия: раздражительность, перепады настроения, избегание массовых скоплений людей и шумных мест, страх нахождения рядом с явно болеющим человеком.

Самоизоляция в 2020 году имела длительный характер, для некоторых людей она принесла серьезные изменения в психику. У пожилых людей режим самоизоляции отменили только в 2021 году, он негативно отразился на когнитивных функциях, заметно ухудшилось состояние памяти и работы мозга, у некоторых людей заметна психологическая отчужденность от окружения.

Особенностью субъективной оценки качества жизни в условиях самоизоляции стала ее негативная окраска. Многочисленные причины были рассмотрены нами в данной статье. Люди, находящиеся в условиях самоизоляции, испытывали стрессовые состояния, состояния дезадаптации, панических атак, тревожности, дезорганизации, что повлияло на оценку качества их жизни. Субъективная оценка качества жизни складывается из понятий удовлетворенности, счастья, благополучия, экономической стабильности, свободы, возможности самореализации, творческой реализации, здоровья. Главной особенностью субъективной оценки качества жизни в условиях самоизоляции является, то, что человек на определенный (а иногда на неопределенный) срок лишается почти всех важных критериев своей счастливой полноценной жизни: он становится несвободен в своих передвижениях; не удовлетворён по причине невозможности видеть близких, друзей, из-за необходимости менять свой привычный образ жизни; экономически нестабилен; испытывает страх перед будущим и страх за свое здоровье и здоровье близких ему людей; привычные развлечения стали недостижимы, невозможность путешествовать и отдыхать в привычных местах.

Литература

1. Опрос: каждый четвертый россиянин отдыхает и ничем не занимается в самоизоляции. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://tass.ru/obschestvo/8210801> (дата обращения: 24.04.2021)
2. Макарова Е.Ю., Цветкова Н.А. Психологические особенности реакций на стресс, обусловленный режимом самоизоляции в период пандемии Covid-19 // E-Scio. 2020. № 10. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-reaktsiy-na-stress-obuslovlennyy-rezhimom-samoizolyatsii-v-period-pandemii-covid-19> (дата обращения: 24.04.2021)
3. Жданов О.И. Стресс: сущность, функции, значение // Мир психологии. 2008. № 4. С. 45 – 54.
4. Гальперин Я.Г., Жданов О.И. Технология психологической самозащиты. Стресс-дистресс – проблема XX века. М., 1997.
5. Юдина Н.А. Психологические подходы к изучению субъективного качества жизни. 2017. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/48921/1/iurp-2017-162-13.pdf>
6. Как самоизоляция влияет на психику. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://foodandhealth.ru/info/kak-samoizolyaciya-vliyaet-na-psihiку/> (дата обращения: 03.05.2021)
7. Terhune K.W. Probing Policy Relevant Questions of the Quality of Life // The Quality of Life Concept. Environmental Protection Agency. Washington, 1973. P. 11 – 22.

References

1. Opros: kazhdyy chetvertyy rossiyanin otdyhaet i nichem ne zaniemaetsya v samoizolyacii [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <http://tass.ru/obschestvo/8210801> (data obrashcheniya: 24.04.2021)
2. Makarova E.YU., Cvetkova N.A. Psihologicheskie osobennosti reakcij na stress, obuslovlennyy rezhimom samoizolyacii v period pandemii Covid-19. E-Scio. 2020. № 10 [Elektronnyj re-surs]. Rezhim dostupa: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-reaktsiy-na-stress-obuslovlennyy-rezhimom-samoizolyatsii-v-period-pandemii-covid-19> (data obrashcheniya: 24.04.2021)
3. ZHdanov O.I. Stress: sushchnost', funkcii, znachenie. Mir psihologii. 2008. № 4. S. 45 – 54.
4. Gal'perin YA.G., ZHdanov O.I. Tekhnologiya psihologicheskoy samozashchity. Stress-distress – problema XX veka. M., 1997.
5. YUdina N.A. Psihologicheskie podhody k izucheniyu sub"ektivnogo kachestva zhizni. 2017. [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/48921/1/iurp-2017-162-13.pdf>

6. Kak samoizolyaciya vliyaet na psihiku. [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupa: <https://foodandhealth.ru/info/kak-samoizolyaciya-vliyaet-na-psihiku/> (data obrashcheniya: 03.05.2021)

7. Terhune K.W. Probing Policy Relevant Questions of the Quality of Life. The Quality of Life Concept. Environmental Protection Agency. Washington, 1973. P. 11 – 22.

*Rubanova E.Yu., Candidate of Psychological Sciences (Ph.D.),
Pacific National University*

FEATURES OF SUBJECTIVE ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN CONDITIONS OF SELF-ISOLATION

Abstract: in March 2020, unknown self-isolation regime was declared in Russia, which required a person to adapt to non-standard and unusual conditions. The main condition in this situation was the appearance of constant stress, uncertainty, excessive fears for their financial situation, their health and the health of their loved ones. Since 2015, the Doctor of Psychological Sciences D. Holt-Lunstad conducted studies on the effect of self-isolation on the human psyche, as a result of which the harm from self-isolation for health was established similar to the use of alcohol or smoking 15 cigarettes a day, self-isolation has more harm for the mental health of a person than obesity, increasing the risk of premature death [6]. The concept of "quality of life" is a universal indicator that takes into account the subjective assessment of an individual. In the course of subjective assessment of the quality of life, all its aspects and criteria are subjected to individual, unique interpretation, which gives them a psychological background [5]. The author considers the features of the subjective assessment of the quality of life in conditions of self-isolation.

Keywords: self-isolation, subjective assessment, traumatic crisis, coronavirus pandemic, quality of life

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

*Мухина И.Г., стажер-исследователь,
Жеравин А.А., руководитель,
Центр онкологии и радиотерапии,
Национальный медицинский исследовательский
центр им. академика Е.Н. Мешалкина Минздрава России*

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ АДРОННОЙ ТЕРАПИИ В РОССИИ И В МИРЕ: ГЕОГРАФИЯ И ОСНАЩЕННОСТЬ

Аннотация: статья представляет собой аналитическое исследование, посвященное состоянию адронной терапии как вида лучевой терапии онкологических заболеваний в России и в мире в настоящее время. В статье описаны основные физические свойства пучка протонов и ионов углерода, на которых основан терапевтический эффект, определены основные преимущества адронной терапии. Представлены данные по количеству центров протонной терапии и терапии ионами углерода по странам с учетом времени начала лечения, произведен расчет относительных величин оснащенности протонными и ионными ускорителями на 100 тыс. населения. Также в статье рассчитаны и проанализированы средние показатели, характеризующие интенсивность и пропускную способность протонных и ионных ускорителей в мире, приведено количество пролеченных пациентов из расчета на один ускоритель в год в среднем. Отдельно проведен ретроспективный анализ динамики оснащенности ускорителями протонов и ионов углерода, а также пролеченных пациентов в Соединенных Штатах Америки, Японии и Германии, как передовых в области радиотерапии онкологических заболеваний. Отдельное внимание уделено анализу экспериментальных и клинических центров протонной терапии в России. Построены рейтинговые списки стран по всем вышеуказанным критериям.

Ключевые слова: адронная терапия; протоны; ионы углерода; онкологические заболевания; радиотерапия; опухоли

Радиотерапия представляет собой один из самых распространенных и результативных методов борьбы с онкологическими заболеваниями. Терапия заряженными частицами бурно развивается с середины XX века, перейдя от стадии чистого исследования к устоявшейся методике лечения солидных опухолей. Адронная терапия является особым типом радиотерапии, в котором используются так называемые быстрые адроны (неэлементарные частицы, состоящие из кварков и антикварков) [1].

Сегодня для лечения солидных опухолей используются только два типа адронов – протоны и полностью очищенные ионы углерода. Однако, и другие адроны, такие как нейтроны, заряженные пионы, антипротоны, ионы гелия (т.е. альфа-частицы), а также другие легкие ионы (такие как литий, кислород, вплоть до ионов кремния) либо

использовались, либо планировались для лечения пациентов с опухолями [1-3].

Физические свойства пучка протонов позволяют добиться максимальной дозовой конформности, снизив тем самым лучевую нагрузку на соседние критически важные анатомические структуры. В настоящее время протоны являются важным инструментом в клинической практике благодаря наличию действующих больничных центров и постоянно растущему числу объектов, предлагаемых во всем мире [1, 5-6].

Статистика пролеченных с помощью этих двух типов адронов пациентов представлена на рис. 1. В последние годы особенное развитие получила протонная терапия. За весь период существования центров протонной терапии (с 1954 по 2019 год) в мире пролечено 222425 пациентов.

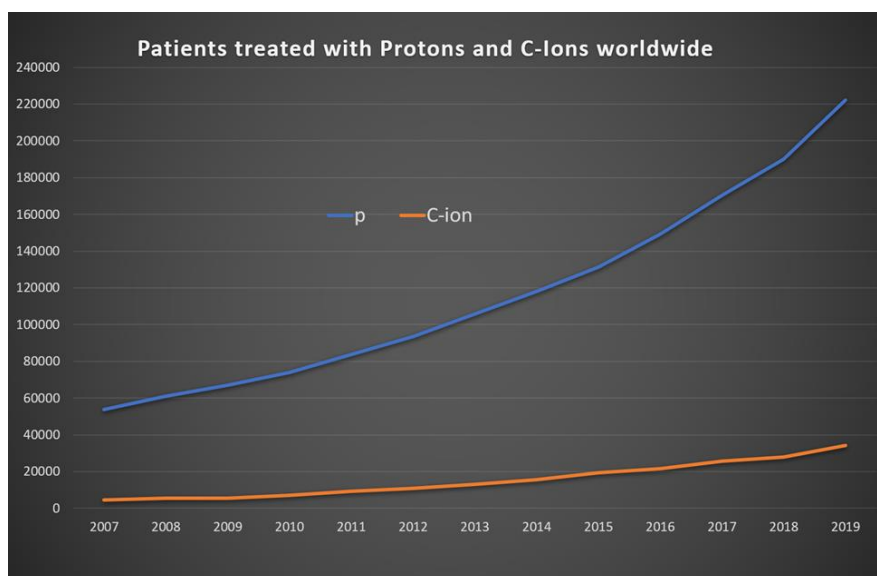


Рис. 1. Количество пациентов, получивших протонную терапию и терапию ионами углерода в мире (2007-2019 гг.)

Здесь и далее источник: Particle Therapy Co-Operative Group URL: <https://www.ptcog.ch>

На заре зарождения протонной терапии, облучение проводилось на единичных экспериментальных установках, и долгое время не было каких-то готовых решений для применения в клинике. Сейчас существует несколько (IBA, Varian, Mevion т.д.) компаний, готовых предоставить готовые решения по строительству, установке, настройке оборудования для протонной терапии [8].

Количество установок для протонной терапии

значительно увеличивается, особенно в последние годы на территории США и Японии.

На сегодняшний день, по данным PTCOG (Particle Therapy Co-Operative Group), по состоянию на конец 2019 году в мире действовало 86 протонных ускорителя, применяемых для лечения заболеваний (табл. 1).

Большая часть из них работает в США (36), Японии (18) и Германии (6). Безусловным лидером по абсолютному числу центров протонной терапии является США.

Таблица 1

Количество центров протонной терапии, действовавших в мире на конец 2019 года, и география их распространения

страна	кол-во центров	год начала лечения	всего пациентов	пациентов / центр	пациентов / центр / год
Австрия	1	2017	549	549	183
Греция	1	2012	4702	4702	588
Китай	2	2004	3226	1613	101
Англия	1	1989	3730	3730	120
Франция	2	1991	16863	8432	291
Германия	6	1998	13742	2290	104
Италия	3	2002	2460	820	46
Япония	18	1994	30955	1720	66
Дания	1	2019	50	50	50
Польша	1	2011	500	500	56
Россия	4	1969	7783	1946	38
Индия	1	2018	189	189	95
Южная Корея	2	2007	5574	2787	214
Швеция	1	2015	941	941	188

Продолжение таблицы 1

Швейцария	1	1996	3742	3742	156
Тайвань	1	2015	2345	2345	469
США	36	1990	103399	2872	96
Испания	1	2019	1	1	1
Нидерланды	3	2018	323	108	54
ИТОГО	86		201074	39336,17	2914,71

Первый протонный ускоритель был введен в эксплуатацию в Беркли, штат Калифорния, в 1954 году, однако он проработал всего три года, пролечив 30 пациентов. С тех пор еще три центра протонной терапии, открывшиеся в разное время в США, не работают в настоящее время: в Гарварде, штат Массачусетс (1961-2002, 9116 пациентов) и два центра в Блумингтоне, штат Индиана (1993-1999, 34 пациента и 2004-2014, 2200 пациентов). Из нынедействующих протонных ускорителей в США первый появился в 1990 году в городе Лома-Линда, штат Калифорния, пролечив на конец 2019 года рекордное за все время существования протонной терапии число пациентов – 21200 чел. Активный прирост числа протонных ускорителей начался в Соединенных Штатах с 2010 года, когда открылось сразу три центра, действующих по настоящее время, в Филадельфии (шт. Пенсильвания), Варренвиле (шт.Иллинойс) и в Хамптоне (шт. Виргиния). В 2015-2019 годах в США открывается 21 центр протонной терапии в разных штатах, охватив данным видом лечения, в конечном итоге, 21 штат. В настоящее время в мире еще 37 центров со сроком ввода в эксплуатацию до 2021 года находятся в стадии строительства. Больше всего строящихся центров все в том же США (7), а также в Великобритании (6) и Китае (6). Интерес-

но, что по данным РТСОГ, первой страной, в которой протонный ускоритель стал использоваться для лечения пациентов, была Россия (1969 год). В конце января 2019 года в Ченнаи, Индия, был открыт первый в Южной Азии центр протонно-лучевой терапии Аполло [8].

Если принять во внимание население представленных в табл. 1 стран, то самой оснащенной протонными ускорителями на 100 тыс. населения страной в конце 2019 года была Испания (0,0172 центра протонной терапии на 100 тыс.населения) (рис. 2).

Япония и США, имея довольно большое количество протонных ускорителей (36 и 18 соответственно), не занимают лидирующих позиций в этом рейтинге по причине большой численности. Россия находится на чрезвычайно слабых позициях, что не дает никакой надежды на конкурентоспособность нашей страны в данной сфере в ближайшее время.

Рейтинг стран по количеству пациентов, пролеченных на протонных ускорителях в одном центре в год показал, что лидирующие позиции занимают Греция и Тайвань (588 и 469 пациентов в одном центре в год) (рис. 3). Германия, Китай, США, Япония и занимают соответственно 9, 10, 11 и 13 строчки рейтинга, опередив Россию.

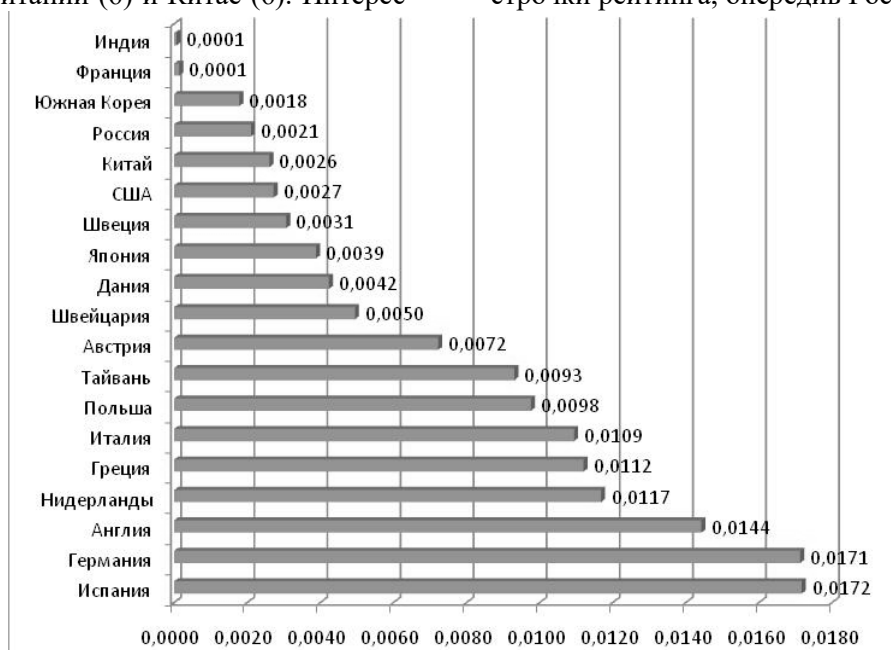


Рис. 2. Оснащение стран протонными ускорителями на 100 тыс.населения (на конец 2018 года)

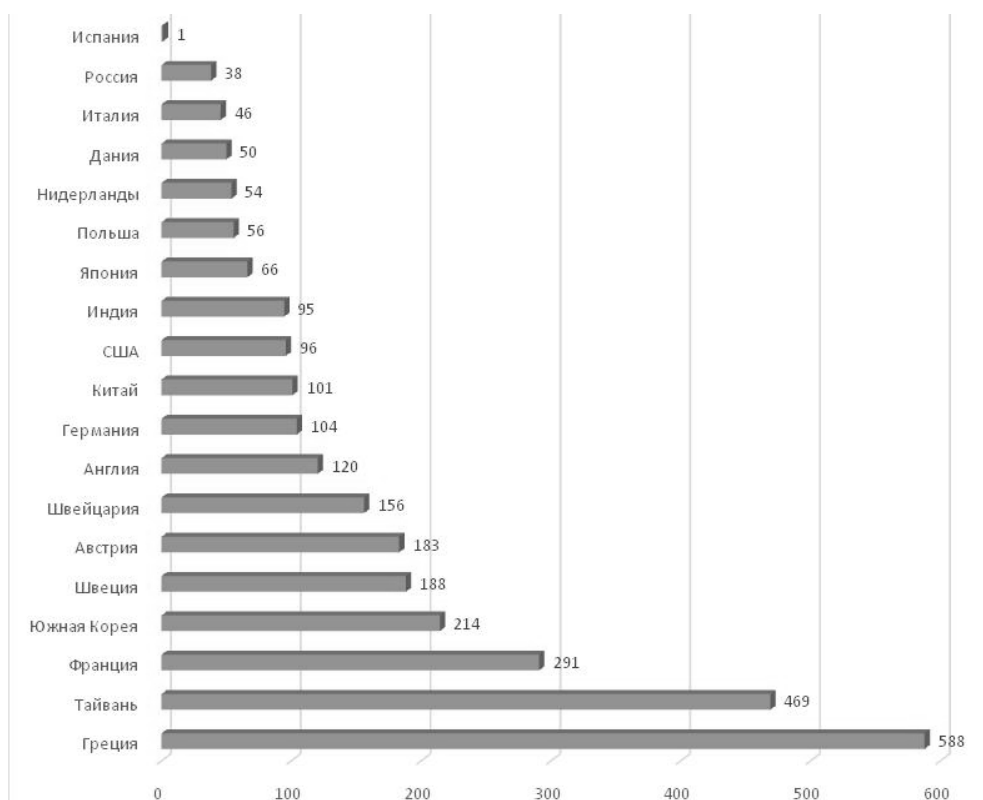


Рис. 3. Количество пациентов, получивших протонную терапию, в одном центре в год (в среднем за весь период работы)

В России, начиная с 1975 года, в г. Гатчина, протонную терапию проводит Петербургский институт ядерной физики (ПИЯФ) в сотрудничестве с Российским научным центром радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ). Отличием этого, так называемого, "Гатчинского метода" является использование пучка с энергией 1000 МэВ и конвергентного ротационного метода облучения. Для лечения пациентов с новообразованиями головного мозга, такими как аденомы гипофиза и сосудистые мальформации, эффективным зарекомендовало себя применение пучка протонов, получаемых на синхротроне СЦ-1000 [9].

Российский комплекс «Прометеус» сконструирован в подмосковном наукограде Протвино под руководством члена-корреспондента РАН, доктора физико-математических наук Владимира Балакина и запущен в эксплуатацию в национальном медицинском радиологическом научном центре им. А.Ф. Цыба (МРНЦ) в Обнинске в 2016 г., тогда же начаты клинические испытания. Это полностью оригинальная разработка. Его прототип-близнец работает в Протвино. За время клинических исследований в обоих городах там лечили 200 пациентов с онкологическими новообразованиями в области головы и шеи, что для исследовательского этапа очень большое число.

Основой комплекса «Прометеус» стал синхротрон, его диаметр составляет 5 метров, а вес 30 тонн, он позволяет получать протонные пучки с

изменяющейся энергией в диапазоне от 30–250 МэВ. Основные технические параметры синхротрона: энергия пучка 30-250 МэВ \pm 0,15%; интенсивность выпущенного пучка $1 \cdot 10^9$ частиц; точность регулировки выпущенного пучка $\pm 2\%$ от номинального значения; диапазон регулировки интенсивности от 1 до 30 раз; время ускорения пучка до энергии 250 МэВ не более 1 с; диаметр пучка от 4 до 10 мм; диапазон выпуска пучка от 0,1 до 1 с; максимальное поле облучения до 10 см по вертикали, до 40 см по горизонтали. Данный комплекс имеет специализированное кресло, которое может перемещаться от 0 до 1000 мм по вертикали и вращаться на 359°. Также он обладает системой визуализации, которая создаёт трехмерное изображение мишени.

В 2015 году в Санкт-Петербурге началось строительство первого в РФ клинического центра протонной терапии. Частным инвестором проекта выступила компания Медицинский институт имени Березина Сергея (МИБС), вложившая в строительство и оснащение центра 7,5 млрд руб. Проект был признан стратегическим для Санкт-Петербурга. Центр оснащен протонным ускорителем (циклотроном) производства компании Varian Medical Systems и двумя лечебными комнатами с поворотными гантри. Осенью 2017 года центр протонной терапии МИБС начал приём пациентов. Пропускная способность - до 800 человек в год, не

менее половины которых составляют пациенты моложе 18 лет.

Конструктивной особенностью системы ProBeam® компании Varian является использование изохронного циклотрона с суперпроводящими электромагнитами (так называемого суперпроводящего циклотрона). Его энергетические возможности позволяют осуществлять доставку доз радиации к опухолям, залегающим на глубине 4-30 см, обеспечивая широчайший энергетический диапазон для лечения - без использования переключателей диапазона действия. Сверхпроводящий циклотрон ProBeam имеет несколько преимуществ по сравнению с обычным циклотроном:

- Компактная конструкция, меньший вес.
- Высокая эффективность создания пучка ускоренных частиц и соответственно – высокая мощность дозы излучения.
- Максимальная автоматизация процесса лечения.
- Меньшее потребление энергии

Суперпроводящие электромагниты изохронного циклотрона обеспечивают высокую эффективность производства пучка заряженных частиц, низкое энергопотребление, отличную надежность и сниженные эксплуатационные расходы. В отличие от других установок, изохронный ускоритель компании Varian действует очень предсказуемым образом. Процессы максимально автоматизированы, нет необходимости в настройке циклотрона оператором.

Изохронный циклотрон компании Varian имеет компактные размеры и высокую термальную стабильность. Он стал первым доступным на рынке изохронным циклотроном с суперпроводящими электромагнитами для использования в медицинских целях и применяется уже с 2007 года. Непрерывный и стабильный пучок протонов способен выполнять лечение протонной терапией с модулированной интенсивностью за более короткое время и с более конформной дозой, чем при доставке пассивным рассеиванием (хотя пассивное рассеивание сегодня используется в большинстве центров протонной терапии).

Команда Центра протонной терапии МИБС освоила технологию PBS. Сканирование карандашным пучком (pencil beam scanning, PBS) или остронаправленным лучом – передовой способ в

использовании протонов для лечения рака, применяемый пока в немногих протонных центрах мира [10]. Направленный протонный пучок с моделируемой интенсивностью перемещается вдоль вертикальной и горизонтальной осей, точно распределяя дозу максимально допустимой интенсивности в пределах образования. Если говорить об ионной терапии, то среди различных типов ионов, углеродные ионы считаются наиболее сбалансированными с точки зрения эффективного распределения дозы облучения в организме [11-13]. Улучшенное распределение дозы приводит к концентрации ее в целевом объеме при минимизации дозы в окружающих нормальных тканях. Кроме того, ионы углерода, будучи тяжелее протонов, обеспечивают более высокую биологическую эффективность, которая увеличивается с глубиной, достигая максимума в конце диапазона луча [14, 15]. Это практически идеальное свойство с точки зрения радиотерапии онкологических заболеваний.

Уже первые клинические испытания, проведенные в 90-х годах 20 века, показали высокую терапевтическую эффективность ионной терапии. В национальном радиологическом институте в Японии (япон. 放射線医学総合研究所) (NIRS, г. Чита) с 1994 года проводится ионная терапия с возможностью облучения горизонтальными и вертикальными пучками ионов углерода [16, 17]. В Германии исследования воздействия ионов углерода на злокачественные опухоли были начаты в 1993 году, в 1997 году на ускорителе GSI в Дармштадте был проведен первый сеанс лечения [18]. Благодаря опыту лечения ионно-лучевой терапией в Национальном институте радиологических наук в Японии и в Институте тяжелых ионов в Германии (нем. Gesellschaft für Schwerionenforschung) было достигнуто значительное сокращение общего времени лечения с приемлемой токсичностью почти при всех типах опухолей [19]. Таким образом, радиотерапия с использованием ионов углерода заняла для себя прочное место в общей практике [20-25].

По данным RTOG, в мире по состоянию на конец 2019 года только 11 центров лучевой терапии используют ионы углерода. За весь период их работы (с 1994 по 2018 год) в мире пролечено 27908 пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Количество центров ионной терапии, действовавших в мире на конец 2019 года, и география их распространения

Страна	кол-во центров	год начала лечения	всего пациентов
Китай	3	2006	2508
Германия	2	2009	3898
Италия	1	2012	1534
Япония	5	1994	25736
Австрия	1	2019	22
ИТОГО	12	10040	33698

Уже упомянутый выше центр ионной терапии в г. Чиба (Япония) за время своего существования с 1994 года провел лечение 12649 пациентов, являясь крупнейшим центром терапии ионами углерода

да по количеству пролеченных пациентов в мире. Однако, Япония не является самой оснащенной ионными ускорителями страной, уступая Италии и Германии (рис. 4).

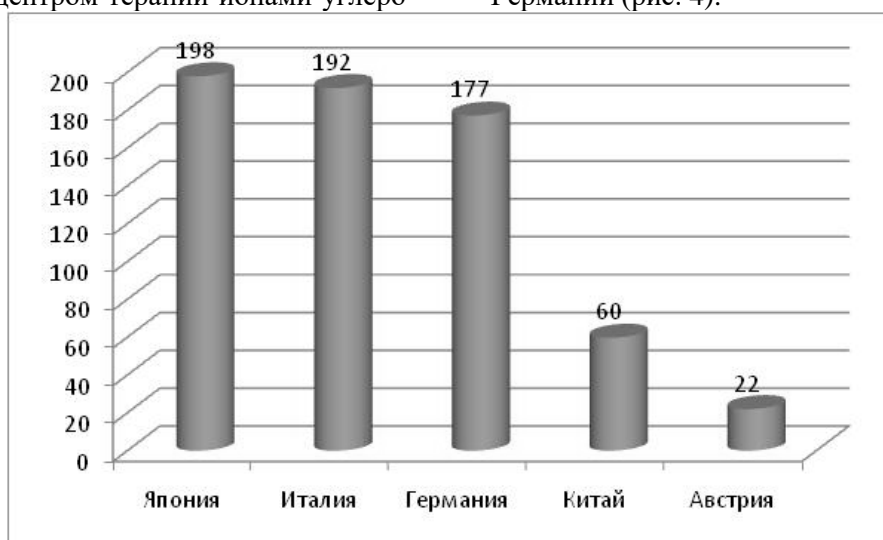


Рис. 4. Количество пациентов, получивших терапию ионами углерода, в одном центре в год (в среднем за весь период работы)

Выводы

В мире с каждым годом растет количество центров адронной терапии, и география их распространения расширяется. Высокоразвитые страны (США, Япония, Германия) стремятся к увеличению охвата населения центрами адронной терапии, к увеличению оснащенности ускорителями протонов и ионов углерода. На сегодняшний день в мире наблюдается большая оснащенность протонными ускорителями, чем ускорителями ионов углерода, большее количество пациентов получает протонную терапию. В России на сегодняшний день существует три экспериментальных и один клинический центр протонной терапии, что явля-

ется крайне недостаточным для удовлетворения потребности в данном виде лучевой терапии в стране. В России на сегодняшний день не существует ни одного клинического центра ионной терапии.

Для реализации всего потенциала адронной терапии необходимы полное интегрирование этого направления лучевой терапии в клиническую среду, поисковые междисциплинарные научные исследования для повышения ее эффективности и разработка новых, более совершенных медицинских, физических и технических технологий, органично сочетающихся с особенностями этого вида лучевого лечения.

Литература

1. Degiovanni A., Amaldi U. History of hadron therapy accelerators. Phys Med. 2015 Jun;31(4):322-32. doi: 10.1016/j.ejmp.2015.03.002.
2. Martišíková M., Gehrke T., Berke S., Aricò G., Jäkel O. Helium ion beam imaging for image guided ion radiotherapy. Radiation Oncology (2018) 13:109 <https://doi.org/10.1186/s13014-018-1046-6>

3. Dokic I., Mairani A., Niklas M., Zimmermann F., Chaudhri N., Kronic D., Tessonier Th., Ferrari A., Parodi K., Jäkel O., Debus J., Haberer Th., Abdollahi A. Next generation multi-scale biophysical characterization of high precision cancer particle radiotherapy using clinical proton, helium-, carbon- and oxygen ion beams. *Oncotarget*, Vol. 7, No. 35 (2016):56676-56689 www.impactjournals.com/oncotarget/
4. Mohan R, Peeler CR, Guan F, Bronk L, Cao W, Grosshans DR. Radiobiological issues in proton therapy. *ActaOncol*. 2017 Nov;56(11):1367-1373. doi: 10.1080/0284186X.2017.1348621.
5. Dosanjh M, Amaldi U, Mayer R, Poetter RENLIGHT: European network for Light ion hadron therapy. *Radiother Oncol*. 2018 Jul;128(1):76-82. doi: 10.1016/j.radonc.2018.03.014.
6. Feuvret L, Calugaru V, Ferrand R. Current use and prospects for hadron therapy in 2015. *Cancer Radiother*. 2015 Oct;19(6-7):519-25. doi: 10.1016/j.canrad.2015.07.151.
7. Mohan R, Grosshans D. Proton therapy – Present and future. *Adv Drug Deliv Rev*. 2017 Jan 15;109:26-44. doi: 10.1016/j.addr.2016.11.006.
8. South Asia's first proton therapy centre opened in Chennai. Vice President Venkaiah Naidu inaugurated Apollo Proton Cancer Centre. January 25. URL: <https://www.theweek.in/news/india/2019/01/25/south-asia-first-proton-therapy-centre-opened-in-chennai.html> (accessed 14 March 2021)
9. Ivanov E.M., Karlin D.L., Maksimov V.I., Pak F.A., Khalikov A.I., Korytov O.V., Maystrenko D.N. Status and development prospects of proton stereotactic therapy on the synchrocyclotron SC-1000 in Petersburg Nuclear Physics Institute. Proceedings of the First International Forum of Oncology and Radiology, Moscow, September 23-28, 2018.
10. ProBeam® Proton Therapy. Varian Medical Systems, Inc. URL: <https://www.varian.com/oncology/products/treatment-delivery/probeam-proton-therapy-system> (дата доступа 14 марта 2021)
11. Chia A., Chenb H., Wenc S., Yanc H., Liao Zh. Comparison of particle beam therapy and stereotactic body radiotherapy for early stage non-small cell lung cancer: A systematic review and hypothesis-generating meta-analysis *Radiother Oncol*. 2017 June ; 123(3): 346–354. doi:10.1016/j.radonc.2017.05.007.
12. Dreher C., Habermehl D., Jäkel O., Combs S.E. Effective radiotherapeutic treatment intensification in patients with pancreatic cancer: higher doses alone, higher RBE or both? *Radiation Oncology* (2017) 12:203 DOI 10.1186/s13014-017-0945-2
13. Kubo N., Saitoh J.-i., Shimada H., Shirai K., Kawamura H., Ohno T., Nakano T. Dosimetric comparison of carbon ion and X-ray radiotherapy for Stage IIIA non-small cell lung cancer *Journal of Radiation Research*, Vol. 57, No. 5, 2016, pp. 548–554 doi: 10.1093/jrr/trw041
14. Pompos A., Durante M., Choy H. Heavy Ions in Cancer Therapy *JAMA Oncol*. 2016 December 01; 2(12): 1539–1540. doi:10.1001/jamaoncol.2016.2646.
15. Ohno T. Particle radiotherapy with carbon ion beams *The EPMA Journal* 2013, 4:9 <http://www.epmajournal.com/content/4/1/9>
16. Mohamad O., Makishima H., Kamada T. Evolution of Carbon Ion Radiotherapy at the National Institute of Radiological Sciences in Japan *Cancers* 2018, 10, 66; doi:10.3390/cancers10030066
17. Hoshina R.M., Matsuura T., Umegaki K., Shimizu S.H. A Literature Review of Proton Beam Therapy for Prostate Cancer in Japan. *J Clin Med*. 2019 Jan; 8(1): 48. Published online 2019 Jan 5. doi: 10.3390/jcm8010048
18. Rieken S., Habermehl D., Haberer Th., Jaekel O., Debus J., Combs S.E. Proton and carbon ion radiotherapy for primary brain tumors delivered with active raster scanning at the Heidelberg Ion Therapy Center (HIT): early treatment results and study concepts *Radiation Oncology* 2012, 7:41 <http://www.ro-journal.com/content/7/1/41>
19. El Shafie R.A., Czech M., Kessel K.A., Habermehl D., Weber D., Rieken S., Bougatf N., Jäkel O., Debus J., Combs S.E. Clinical outcome after particle therapy for meningiomas of the skull base: toxicity and local control in patients treated with active raster scanning *Radiation Oncology* (2018) 13:54 <https://doi.org/10.1186/s13014-018-1002-5>
20. Tsujii H., Kamada T. A Review of Update Clinical Results of Carbon Ion Radiotherapy *Jpn J Clin Oncol* 2012;42(8)670–685 doi:10.1093/jjco/hys104
21. Schlaff C.D., Krauze A., Belard A., O'Connell J.J., Camphausen K.A. Bringing the heavy: carbon ion therapy in the radiobiological and clinical context *Radiation Oncology* 2014, 9:88 <http://www.ro-journal.com/content/9/1/88>
22. Verkhovtsev A., Surdutovich E., Solov'yov A.V. Multiscale approach predictions for biological outcomes in ion-beam cancer therapy *Scientific Reports* (2016) 6:27654 DOI: 10.1038/srep27654
23. Durante M. New challenges in high-energy particle radiobiology. *Br J Radiol* 014;87:20130626. doi: 10.1259/bjr.20130626

24. Ebner D.K., Kamada T. The Emerging Role of Carbon-Ion Radiotherapy. *Front. Oncol.* (2016) 6:140. doi: 10.3389/fonc.2016.00140

25. Hu M., Jiang L., Cui X., Zhang J., Yu J. Proton beam therapy for cancer in the era of precision medicine. *J Hematol Oncol.* 2018; 11: 136. Published online 2018 Dec 12. doi: 10.1186/s13045-018-0683-4

References

1. Degiovanni A., Amaldi U. History of hadron therapy accelerators. *Phys Med.* 2015 Jun;31(4):322-32. doi: 10.1016/j.ejmp.2015.03.002.

2. Martišíková M., Gehrke T., Berke S., Aricò G., Jäkel O. Helium ion beam imaging for image guided ion radiotherapy. *Radiation Oncology* (2018) 13:109 <https://doi.org/10.1186/s13014-018-1046-6>

3. Dokic I., Mairani A., Niklas M., Zimmermann F., Chaudhri N., Krunic D., Tessonier Th., Ferrari A., Parodi K., Jäkel O., Debus J., Haberer Th., Abdollahi A. Next generation multi-scale biophysical characterization of high precision cancer particle radiotherapy using clinical proton, helium-, carbon- and oxygen ion beams. *Oncotarget*, Vol. 7, No. 35 (2016):56676-56689 www.impactjournals.com/oncotarget/

4. Mohan R, Peeler CR, Guan F, Bronk L, Cao W, Grosshans DR. Radiobiological issues in proton therapy. *ActaOncol.* 2017 Nov;56(11):1367-1373. doi: 10.1080/0284186X.2017.1348621.

5. Dosanjh M, Amaldi U, Mayer R, Poetter RENLIGHT: European network for Light ion hadron therapy. *Radiation Oncol.* 2018 Jul;128(1):76-82. doi: 10.1016/j.radonc.2018.03.014.

6. Feuvret L, Calugaru V, Ferrand R. Current use and prospects for hadron therapy in 2015. *Cancer Radiother.* 2015 Oct;19(6-7):519-25. doi: 10.1016/j.canrad.2015.07.151.

7. Mohan R, Grosshans D. Proton therapy – Present and future. *Adv Drug Deliv Rev.* 2017 Jan 15;109:26-44. doi: 10.1016/j.addr.2016.11.006.

8. South Asia's first proton therapy centre opened in Chennai. Vice President Venkaiah Naidu inaugurated Apollo Proton Cancer Centre. January 25. URL: <https://www.theweek.in/news/india/2019/01/25/south-asia-first-proton-therapy-centre-opened-in-chennai.html> (accessed 14 March 2021)

9. Ivanov E.M., Karlin D.L., Maksimov V.I., Pak F.A., Khalikov A.I., Korytov O.V., Maystrenko D.N. Status and development prospects of proton stereotactic therapy on the synchrocyclotron SS-1000 in Petersburg Nuclear Physics Institute. Proceedings of the First International Forum of Oncology and Radiology, Moscow, September 23-28, 2018.

10. ProBeam® Proton Therapy. Varian Medical Systems, Inc. URL: <https://www.varian.com/oncology/products/treatment-delivery/probeam-proton-therapy-system> (data dostu-pa 14 marta 2021)

11. Chia A., Chenb H., Wenc S., Yanc H., Liao Zh. Comparison of particle beam therapy and stereotactic body radiotherapy for early stage non-small cell lung cancer: A systematic review and hypothesis-generating meta-analysis *Radiation Oncol.* 2017 June ; 123(3): 346–354. doi:10.1016/j.radonc.2017.05.007.

12. Dreher C., Habermehl D., Jäkel O., Combs S.E. Effective radiotherapeutic treatment intensification in patients with pancreatic cancer: higher doses alone, higher RBE or both? *Radiation Oncology* (2017) 12:203 DOI 10.1186/s13014-017-0945-2

13. Kubo N., Saitoh J.-i., Shimada H., Shirai K., Kawamura H., Ohno T., Nakano T. Dosimetric comparison of carbon ion and X-ray radiotherapy for Stage IIIA non-small cell lung cancer *Journal of Radiation Research*, Vol. 57, No. 5, 2016, pp. 548–554 doi: 10.1093/jrr/trw041

14. Pompos A., Durante M., Choy H. Heavy Ions in Cancer Therapy *JAMA Oncol.* 2016 December 01; 2(12): 1539–1540. doi:10.1001/jamaoncol.2016.2646.

15. Ohno T. Particle radiotherapy with carbon ion beams *The EPMA Journal* 2013, 4:9 <http://www.epmajournal.com/content/4/1/9>

16. Mohamad O., Makishima H., Kamada T. Evolution of Carbon Ion Radiotherapy at the National Institute of Radiological Sciences in Japan *Cancers* 2018, 10, 66; doi:10.3390/cancers10030066

17. Hoshina R.M., Matsuura T., Umegaki K., Shimizu S. A Literature Review of Proton Beam Therapy for Prostate Cancer in Japan. *J Clin Med.* 2019 Jan; 8(1): 48. Published online 2019 Jan 5. doi: 10.3390/jcm8010048

18. Rieken S., Habermehl D., Haberer Th., Jaekel O., Debus J., Combs S.E. Proton and carbon ion radiotherapy for primary brain tumors delivered with active raster scanning at the Heidelberg Ion Therapy Center (HIT): early treatment results and study concepts *Radiation Oncology* 2012, 7:41 <http://www.ro-journal.com/content/7/1/41>

19. El Shafie R.A., Czech M., Kessel K.A., Habermehl D., Weber D., Rieken S., Bougatf N., Jäkel O., Debus J., Combs S.E. Clinical outcome after particle therapy for meningiomas of the skull base: toxicity and local control in patients treated with active raster scanning *Radiation Oncology* (2018) 13:54 <https://doi.org/10.1186/s13014-018-1002-5>

20. Tsujii H., Kamada T. A Review of Update Clinical Results of Carbon Ion Radiotherapy Jpn J Clin Oncol 2012;42(8)670–685 doi:10.1093/jjco/hys104
21. Schlaff C.D., Krauze A., Belard A., O’Connell J.J., Camphausen K.A. Bringing the heavy: carbon ion therapy in the radiobiological and clinical context Radiation Oncology 2014, 9:88http://www.royjournal.com/content/9/1/88
22. Verkhovtsev A., Surdutovich E., Solov’yov A.V. Multiscale approach predictions for biological outcomes in ion-beam cancer therapy Scientific Reports (2016) 6:27654 DOI: 10.1038/srep27654
23. Durante M. New challenges in high-energy particle radiobiology. Br J Radiol 014;87:20130626. doi: 10.1259/bjr.20130626
24. Ebner D.K., Kamada T. The Emerging Role of Carbon-Ion Radiotherapy. Front. Oncol. (2016) 6:140. doi: 10.3389/fonc.2016.00140
25. Hu M., Jiang L., Cui X., Zhang J., Yu J. Proton beam therapy for cancer in the era of precision medicine. J Hematol Oncol. 2018; 11: 136. Published online 2018 Dec 12. doi: 10.1186/s13045-018-0683-4

*Mukhina I.G., Research Intern,
Zheravin A.A., Head,
Center of Oncology and Radiotherapy,
E. Meshalkin National Medical Research Center
of the Ministry of Health of the Russian Federation*

CURRENT HADRON THERAPY CONDITION IN RUSSIA AND THE WORLD: GEOGRAPHY AND EQUIPPING

Abstract: the article is an analytical study devoted to the condition of the hadron therapy as a type of radiation therapy for cancer treatment in Russia and in the world today. The article describes the basic physical properties of a proton and carbon ion beam, on which the therapeutic effect is based, and defines the main advantages of hadron therapy. The data on the number of centers for proton therapy and carbon ion therapy are presented for countries, taking into account the time of treatment initiation, the calculation of the relative equipping of proton and ion accelerators per 100 thousand population. The article also calculates and analyzes average indicators characterizing the intensity and throughput of proton and ion accelerators in the world, the number of treated patients based on one accelerator per year on average. A retrospective analysis of the dynamics of equipping proton and carbon ion accelerators, as well as treated patients in the United States of America, Japan and Germany, as advanced in the field of radiotherapy of oncological diseases, was conducted separately. Special attention is paid to the analysis of experimental and clinical centers of proton therapy in Russia. Rating lists of countries for all the above criteria have been built.

Keywords: hadron therapy; protons; carbon ions; oncological diseases; radiotherapy; tumors

*Магомедов А.М., доктор биологических наук, профессор,
Даниялова П.М., кандидат биологических наук, доцент,
Алиева С.Н.,
Алимханова А.А.,
Дагестанская государственная медицинская академия*

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ЛЮДЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Аннотация: настоящая статья посвящена проблеме обострения сердечнососудистых заболеваний на фоне коронавирусной инфекции COVID-19. Клиническая практика и многочисленные исследования наглядно демонстрируют тот факт, что COVID-19 представляет наибольшую опасность для пациентов, страдающих заболеваниями сердечнососудистой системы. Течение коронавирусной инфекции в большинстве случаев сопровождается повышенным риском развития тромботических осложнений, коронарного синдрома и нарушения ритма сердца, что существенно ухудшает прогнозы. Данные статистики наглядно демонстрируют тот факт, что смертность пациентов с COVID-19 в анамнезе которых имеются сердечнососудистые патологии, намного выше, чем у больных, которые не имеют сердечных заболеваний. Целью настоящей статьи является разработка практических рекомендаций и предоставление информации, которая может оказаться полезной практикующим специалистам, при ведении коморбидных больных, независимо от того переносят они COVID-19 или относятся к категории неинфицированных пациентов. Автор настоящей статьи провел подробный и детальный обзор данных статистики, литературных источников и публикаций, вышедших в печать за последние полгода, посвященных исследованию, анализу и выявлению клинических и функциональных особенностей пациентов с COVID-19, при этом особое внимание уделялось ведению и успешности медикаментозного лечения больных в анамнезе которых имелись сердечнососудистые заболевания, которые существенно ухудшали прогноз. Также автор уделил внимание патофизиологическим осложнениям, проявляющимся на фоне развития в сердечнососудистой системе инфекции, факторам риска, увеличивающим процент летальных исходов при COVID-19. В статье также проведено обобщение клинических исследований, анализ схожих клинических случаев, которые наиболее наглядно демонстрируют сложность ведения больных с коронавирусной инфекцией в анамнезе которых имеются сопутствующие патологии. Выполнено изучение различных клинических картин, сочетающих COVID-19 и часто встречающихся сердечнососудистых заболеваний.

Ключевые слова: коронавирус, сердечно-сосудистые заболевания, инфекция, пациенты, COVID-19

Введение

Инфекционное заболевание, вызванное коронавирусной инфекцией COVID-19, стремительно распространяется по миру, негативно влияя не только на качество жизни, но и на судьбы миллионов человек по всему земному шару [1]. Принимая во внимание высочайшую социальную и клиническую значимость данного заболевания, большая часть специализированных журналов, оперативно публикуют все новые и новые статьи, посвященные исследованиям COVID-19, в которых приводится информация об особенностях диагностики коронавирусной инфекции, сложности течения заболевания у пациентов в анамнезе которых имеется коморбидная патология, раскрываются алгоритмы лечения и оказания экстренной помощи этим больным. Все эти статьи являются чрезвычайно важными для практикующих врачей, поскольку, только объединив отечественный и зарубежный опыт борьбы со смертельно опасной инфекцией, мы сможем победить ее. В рамках настоящей статьи мы предлагаем рассмотреть наиболее актуальные и проблемные моменты ве-

дения больных с COVID-19 в анамнезе которых имеются различные сердечнососудистые патологии.

Течение коронавирусной инфекции в большинстве случаев сопровождается повышенным риском развития тромботических осложнений, коронарного синдрома и нарушения ритма сердца, что существенно ухудшает прогнозы. Здесь также нельзя забывать о том, что многие фармацевтические препараты, которые сегодня используются в составе медикаментозной терапии при COVID-19, оказывают негативный эффект на работу сердечнососудистой системы, что в частности проявляется в виде большого числа осложнений.

Нарушение ритма сердца Методы и материалы

За прошедший год было написано большое количество публикаций, посвященных анализу особенностей развития коронавирусной инфекции у пациентов, в анамнезе которых имеются патологии сердечнососудистой системы. Также немало исследований посвящено изучению различных алгоритмов оказания экстренной помощи и лече-

ния COVID-19, современным методикам профилактики коронавирусной инфекции.

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений у больных COVID-19 является развитие аритмий. Как показывают данные статистики, нарушения сердечного ритма проявляются в среднем в 6,9% случаев – при легком течении болезни, и от 44% случаев – при тяжелом течении инфекции [1].

Проявление и развитию аритмии при коронавирусной инфекции может осуществляться по следующим сценариям: нарушение обмена веществ и гипоксия; вирусной миокардит с желудочковыми аритмиями и нарушением проводимости; гипокалиемию, обусловленную потенциальным влиянием вируса на РААС[5]. Под влиянием большинства медикаментозных препаратов, которые используются в составе медикаментозной терапии при COVID-19, часто происходит увеличение интервала QT, что в свою очередь становится причиной увеличения риска проявления желудочковой тахикардии по типу пируэт.

В клинической практике у больных COVID-19 могут развиваться не только желудочковые, но и наджелудочковые аритмии. Как правило, возник-

новение наджелудочных нарушений ритма сердца поддается лечению, такие больные имеют благоприятный прогноз. Они не нуждаются в срочном переводе в отделение интенсивной терапии или реанимации. Однако, исключением здесь являются пациенты с нестабильной гемодинамикой[6]. По мнению большинства практикующих специалистов, проявление желудочковых аритмий становится причиной развития жизнеугрожающих состояний, которые могут иметь дальнейшее негативное развитие, если человек продолжает получать медикаментозную противовирусную терапию.

Очевидно, что риск развития желудочковой тахикардии на фоне приема противовирусных препаратов достаточно невысок, но врачам все же не стоит забывать о возможном увеличении интервала QT. К препаратам, способным стать причиной увеличения интервала QT могут стать: азитромицин, хлорохин, гидроксихлорохин, одновременный прием ритонавира и лопинавира. Чтобы выполнить стратификацию риска увеличения интервала QT используют специальную шкалу Tisdale, подробно рассмотренную в табл. 1 [15].

Таблица 1

Шкала Tisdale риска лекарственно-индуцированного удлинения скорректированного интервала QT (QTc)

Фактор риска	Баллы
Старший возраст пациентов – больше 68 лет	1
Прием петлевых мочегонных средств	1
Женский пол	1
Содержание калия в биохимии $\leq 3,5$ ммоль/л	2
Увеличение длины интервала QTc более, чем на 450 мсек	2
Развитие инфаркта миокарда	2
Сепсис	3
Развитие острой сердечной недостаточности	3
Прием противовирусных препаратов, увеличивающий длину QTc	3
Макс. кол-во баллов	21

Примечание: Если по результатам исследования было набрано меньше шести баллов – это говорит о низком риске развития патологии, риск в 7-10 баллов свидетельствует о среднем риске, более 11 баллов – высокий риск развития жизнеугрожающего состояния

Обязательными методами диагностических исследований больных с подозрением на COVID-19 или уже диагностированной коронавирусной инфекцией с аритмиями являются: трансторакальная эхокардиография, стандартная ЭКГ, анализ крови на уровень калия [6].

Если при поступлении больного в стационар значение QTc находится в пределах нормы, контроль ЭКГ следует повторить на следующий день после начала приема противовирусных препаратов. Если у больного в анамнезе имеется брадикардия <50 ударов в минуту, синдром удлиненно-

го QT, структурные патологии сердечнососудистой системы или же пациент уже принимает лекарственные препараты, способные увеличить интервал QTc, в этом случае контроль ЭКГ должен выполняться через часа после начала приема противовирусной терапии. До назначения и начала приема противовирусных препаратов уровень калия в биохимическом анализе не может превышать <3,5 ммоль/л [6].

Лечение аритмии во время пандемии коронавирусной инфекции выполняется в соответствии с клиническими рекомендациями, утвержденными

Минздравом РФ [6]. Терапия, предназначенная для купирования пароксизмов сердечного ритма, осуществляется дифференцировано исходя из типа нарушений и устойчивости гемодинамических показателей. Если гемодинамические показатели стабильны, при пароксизме ФП для восстановления нормального синусового ритма рекомендованы к приему лекарственные препараты IC и третьего класса. Больным без симптоматики органических сердечных патологий рекомендован к назначению пропafenон [8].

Фармакологический выпуск пропafenона в таблетированной форме позволяет назначать его для самостоятельного приема пациентам, которые проходят амбулаторное лечение, что в свою очередь существенно уменьшает количество госпитализированных больных с COVID-19.

Безопасность приема пропafenона и его высокая эффективность в составе купирующей медикаментозной терапии ФП были подтверждены в процессе клинического исследования, проводимого при участии сразу нескольких медицинских центров [7]. При пароксизме ФП у больных с низким артериальным давлением или ХСН экстренная терапия должна выполняться с применением инфузии амиодарона. В случае нестабильных показателей гемодинамики к назначению рекомендована электрическая кардиоверсия. Терапия желудочковой тахикардии предусматривает внутривенное введение амиодарона, ББ, в качестве неотложной помощи проводится сердечно-легочная реанимация и электроимпульсная терапия.

При пароксизме ФП у больных с АГ и пациентов, не имеющих в анамнезе органических сердечных патологий, для сохранения синусового ритма рекомендован прием антиаритмических препаратов, в том числе уже рассмотренного выше пропafenона. В случае наличия сложной структурной сердечной патологии могут назначаться медикаментозные препараты третьего класса, для больных ХСН рекомендован прием препарата амиодарона [17].

Медикаментозная противовирусная терапия, назначаемая больным с подтвержденным COVID-19, может включать в себя антикоагулянты и антиаритмические препараты. Однако, если в качестве противовирусных препаратов назначается гидроксихлорохин или хлорохин, сочетание препаратов ритонавира и лопинавира, необходимо с крайней осторожностью назначать ББ, варфарин, дигоксин или дабигатран. После старта приема противовирусных препаратов, а также через несколько дней с начала терапии требуется обязательный систематический мониторинг ЭКГ, результатам которого выполняется коррекция наименований и дозы фармацевтических препара-

тов. Назначение амиодарона недопустимо, если для лечения короновирусной инфекции применяются гидроксихлорохин или хлорохина, комбинированная терапия, предусматривающая прием лопинавира с ритонавиром [6].

Прогноз зависит от сложности течения Ковид – 19 и типа нарушений, проявляющихся в сердечном ритме. Для пациентов с короновирусной инфекцией, протекающей в легкой или средней формы тяжести, в большинстве случаев прогноз весьма благоприятный. Проявление аритмий существенно ухудшает прогноз для больных, у которых COVID-19 протекает в тяжелой форме.

Результаты и обсуждения

Данные статистики наглядно демонстрируют тот факт, что смертность пациентов с COVID-19 в анамнезе которых имеются сердечнососудистые патологии, намного выше, чем у больных, которые не имеют сердечных заболеваний. Кроме того, результаты клинических исследований наглядно демонстрируют тот факт, что именно аритмия является наиболее часто встречающимся видом сердечнососудистых осложнений новой короновирусной инфекции. Проявление и развития аритмии при короновирусной инфекции может осуществляться по следующим сценариям: нарушение обмена веществ и гипоксия; вирусной миокардит с желудочковыми аритмиями и нарушением проводимости; гипокалиемию, обусловленную потенциальным влиянием вируса на РААС. Под влиянием большинства медикаментозных препаратов, которые используются в составе медикаментозной терапии при COVID-19, часто происходит увеличение интервала QT, что в свою очередь становится причиной увеличения риска проявления желудочковой тахикардии по типу пируэт. Назначение в качестве противовирусной терапии гидроксихлорохина или хлорохина, комбинированной терапии, предусматривающей одновременный прием ритонавира и лопинавира необходимо учитывать фармацевтическое взаимодействие данных препаратов с антикоагулянтами и антиаритмическими препаратами.

Миокардит

Методы и материалы

Миокардит – это воспалительная патология миокарда, сопровождающаяся наличием целого ряда иммунологических, гистологических и иммуногистохимических критериев: подтвержденный воспалительный инфильтрат в границах миокарда, связанный с некрозом и дегенерацией миоцитов.

Для подтверждения наличия иммуногистохимического критерия определяется уровень лейкоцитов (≥ 14 на мм²) в миокардиальном биоптате. Согласно приблизительным данным статистики

миокардиты встречаются с частотой не более 22-24 случаев на 100 тысяч больных за год.

Достоверно известно, что острый миокардит в большинстве случаев развивается у больных в возрасте до 35 лет. Как показывает клиническая практика, при короновирусной инфекции миокардит развивается в качестве осложнения примерно в 8-12% случаев. Кроме того, известны случаи развития у больных Ковид-19 молниеносного миокардита под действием увеличившейся вирусной нагрузки на организм [13]. В 33-35% случаев проявление миокардита приводило к серьезному ухудшению течения болезни, что в итоге заканчивалось летальным исходом [5].

Патофизиология миокардита, развивающегося на фоне COVID-19, чаще всего представляет собой сочетание вирусного повреждения миоцитов, повреждение миокарда, фиброза миокарда. Все эти проявления патологии вызваны иммунным ответом организма на развитие новой короновирусной инфекции [11].

Для диагностики миокардита при COVID-19 выполняется эндомикардинальная биопсия, которая позволяет определить диффузные Т-лимфоцитарные инфильтраты воспитательного характера с очаговым некрозом и крупным интерстициальным отеком. Без специальной диагностики определить развитие миокардита весьма затруднительно, так как его клиническая картина отличается малоспецифичностью и вариабельностью. В числе ключевых причин проявления различных клинических симптомов миокардита можно назвать разную протяженность и степень воспалительного поражения миокарда. Диагностика также может осложняться, если у больного имеется в анамнезе кардиосклероз.

В клиническом исследовании с участием 112 пациентов с подтвержденным Ковид – 19, симптомы миокардита удалось обнаружить у 12,5% (14) больных. При этом у большей части пациентов при госпитализации уровень тропонина находился в пределах нормы, однако, в процессе противовирусной терапии у 37,5 (42) больных он существенно увеличился. Особенно значительно увеличение уровня тропонина было отмечено у пациентов, которые умерли через неделю.

Наряду с уровнем тропонинов в качестве биомаркеров, позволяющих диагностировать миокардит, могут использоваться NT-proBNP и КФК-МВ, которые позволяют получать представление о степени выраженности и тяжести СН. Также больным с подозрением на развитие миокардита обязательно назначается: ЭхоКГ, стандартное ЭКГ, а в некоторых случаях трансторакальная ЭхоКГ [5]. Согласно рекомендациям Кардиологического общества РФ назначение МРТ сердца должно осу-

ществляться только с разрешения кардиологической команды специалистов, которые проводят рассмотрение и разбор каждого конкретного случая. В настоящее время медикаментозная терапия миокардита в большинстве случаев включает в себя посиндромное лечение СН и аритмии, которое выполняется в соответствии с принципами и алгоритмами, установленными в соответствующих рекомендациях.

Перспективным препаратом для эффективного лечения миокардита, развивающегося на фоне COVID-19, является иммуноглобулин, вводимый внутривенно. Для больных, невосприимчивых к медикаментозной терапии с пониженным сердечным выбросом рекомендовано назначение искусственной поддержки кровообращения. Также при наличии показаний для кратковременной кардиореспираторной поддержки возможно применение веноартериальной экстракорпоральной мембранной оксигенации [5].

Результаты и обсуждения

Развитие острого миокардита по данным клинических исследований относится к наиболее часто встречающимся осложнениям при COVID-19. Развитию острого миокардита чаще всего подвержены молодые люди в возрасте до 35 лет. Развитие миокардита существенно ухудшает прогноз болезни, при этом в 33-35% случаев он приводит к летальному исходу. При обнаружении симптомов миокардита назначается его диагностика, включающая в себя определение биомаркеров: NT-proBNP, КФК-МВ, тропонинов, проведение стандартной ЭКГ и ЭхоКГ, в некоторых случаях может назначаться трансторакальную ЭхоКГ.

Тромбоземболия легочной артерии

Методы и материалы

По данным клинических наблюдений частота развития тромботических осложнений у пациентов с подтвержденным COVID-19 находится на уровне от 8 до 30%. Тромботические осложнения у больных короновирусной инфекцией проявляются тромбозами, ТЭЛА, ОКС и ишемическим инсультом. По приблизительным подсчетам риск проявления ТЭЛА у больных с ОРДС на фоне короновирусной инфекции в среднем в три раза превышает, частоту развития патологии у больных с любыми другими этиологиями ОРДС. В настоящее время среди исследователей и практикующих врачей ведется активное обсуждение различных механизмов проявления ТЭЛА у больных с подтвержденным COVID-19.

Частота развития у госпитализированных пациентов синдрома внутрисосудистого свертывания среди выживших больных равняется 0,6%, среди умерших больных – 71,4%. К факторам риска, провоцирующих развитие ТЭЛА, можно отнести

старший возраст, тяжелое течение коронавирусной инфекции, продолжительное пребывание в отделении интенсивной терапии или реанимационном отделении. Из-за смазанности клинической симптоматики диагностика ТЭЛА у больных с коронавирусной инфекцией может вызывать серьезные сложности. В частности, единственным доказательством тромботических осложнений здесь не может являться повышение уровня D-димера. Кроме того, легочная гипертензия или дисфункция сердечных отделов на ЭхоЭКГ может выявляться у больных Ковид-19 при отсутствии ТЭЛА, так как развитие этих симптомов происходит на фоне пневмонии.

Специалисты рекомендуют назначать эффективную профилактику ТЭЛА все больным COVID-19, которые проходят лечение в амбулаторных условиях и имеют в анамнезе венозные тромбозы [6]. В соответствии с рекомендациями Минздрава РФ, назначение в качестве профилактики препаратов НМГ, показано всем пациентам с коронавирусной инфекцией, которые проходят лечение в условиях стационара. Вместе с тем сегодня отсутствуют исследования, которые свидетельствовали бы о преимуществах конкретных типов препаратов НМГ перед другими. В том случае, если у больного имеются противопоказания к приему НМГ, в этом случае они могут быть заменены на НФГ. При увеличении D-димера, тяжелых случаях течения коронавирусной инфекции, а также при повышенном риске развития тромботических осложнений, необходимо рассмотреть возможность увеличения суточной дозы гепарина с профилактической до лечебной [6].

В случае с ведением коморбидных больных с подтвержденным COVID-19 одним из актуальных вопросов остается профилактика возможных осложнений со стороны ЖКТ в случае длительного приема антитромбоцитарных препаратов, которые назначаются не только в условиях стационара, но и амбулаторным больным. Для решения этой задачи может использоваться гастроэнтеропротектор ребамипид, считающийся универсальным препаратом, способным восстанавливать защитные

функции слизистых не только ЖКТ, но и других систем, в том числе слизистых оболочек, входящих в состав верхних дыхательных путей.

Пациентам с гемодинамической нестабильностью, развивающейся на фоне острой ТЭЛА, требуется скорейшее назначение реперфузионной терапии. Пациентам со стабильными гемодинамическими показателями могут назначаться стандартные лечебные дозы препаратов НМГ или НФГ. На сегодняшний день отсутствует информация относительно приема при Ковид-19 пероральных антикоагулянтов.

Результаты и обсуждения

Развитие разнообразных тромботических осложнений, в том числе ТЭЛА, являются одной из часто встречающихся патологий, развивающихся на фоне COVID-19. Из-за схожести симптоматики диагностика ТЭЛА у больных с подтвержденной коронавирусной инфекцией значительно затруднена. В большинстве случаев для определения ТЭЛА назначается КТ грудной клетки. В качестве профилактики развития тромбозов всем больным COVID-19 рекомендовано назначение препаратов НМГ или НФГ.

Заключение

В непростых условиях всемирной пандемии COVID-19 и стремительным увеличением количества больных коронавирусной инфекцией практикующим кардиологам нужно постоянно мониторить новую информацию о развитии и течении COVID-19, которая появляется в специализированных журналах и интернет – изданиях практически ежедневно. Вместе с тем, уже сегодня, очевидно, что медицинская наука способна справиться с пандемией COVID-19 путем создания специфичной вакцины.

Повсеместная вакцинация позволит создать среди населения иммунную прослойку – популяцию, устойчивую к коронавирусной инфекции. Ситуация с COVID-19 осложняется тем, что вирус способен негативно влиять на состояние сердечнососудистой системы больных, вследствие чего значительно ухудшаются прогнозы.

Литература

1. Временные методические рекомендации Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) версия 7 (03.06.2020) Министерства здравоохранения Российской Федерации. <https://clck.ru/UF7sh>
2. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогада С.В., и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. 2020.
3. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019.
4. Рекомендации ESC по диагностике и лечению хронического коронарного синдрома // Российский кардиологический журнал. 2020.

5. Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST // Российский кардиологический журнал. 2016.
6. Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым инфарктом миокарды с подъемом сегмента ST // Российский кардиологический журнал. 2018.
7. Хамитов Р.А., Логинова С.Я., Шукина В.Н. и др. Противовирусная активность арбидола и его производных в отношении возбудителя тяжелого острого респираторного синдрома в культурах клеток // Вопр. вирусол. 2008. № 53(4). С. 9 – 13.
8. Чучалин А.Г. Тяжелый острый респираторный синдром // Арх. пат. 2004. № 3. С. 5 – 11.
9. Чучалин А.Г. Синдром острого повреждения легких // РМЖ. 2006. Т. 14, № 22. С. 15 – 82.
10. Чучалин А.Г., Синельников А.И., Черняховская Н.Е. Пневмония. М., 2002. С. 156 – 166.
11. Belouzard S., Millet J.K., Licitra B.N., Whittaker G.R. Mechanisms of coronavirus cell entry mediated by the viral spike protein. *Viruses*. 2012; 4:1011-33.
12. Burnier M, Bakris G, Williams B. Redefining diuretics use in hypertension: why select a thiazide-like diuretic? *Journal of Hypertension*. 2019;37:1574-86. doi:10.1097/HJH.0000000000002088
13. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [published correction appears in *Lancet*. 2020 Jan 30; *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5

References

1. Vremennye metodicheskie rekomendacii Profilaktika, diagnostika i lechenie novoj koronavirusnoj infekcii (COVID-19) versiya 7 (03.06.2020) Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii. <https://clck.ru/UF7sh>
2. Kobalava ZH.D., Konradi A.O., Nedogoda S.V., i dr. Arterial'naya gipertenziya u vzroslyh. Klinicheskie rekomendacii 2020. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2020.
3. Oganov R.G., Simanenkova V.I., Bakulin I.G., i dr. Komorbidnaya patologiya v klinicheskoy praktike. Algoritmy diagnostiki i lecheniya. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2019.
4. Rekomendacii ESC po diagnostike i lecheniyu hronicheskogo koronarnogo sindroma. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2020.
5. Rekomendacii ESC po vedeniyu pacientov s ostrym koronarnym sindromom bez stojkogo pod"ema segmenta ST. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2016.
6. Rekomendacii ESC po vedeniyu pacientov s ostrym infarktomy miokardy s pod"emom segmenta ST. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2018.
7. Hamitov R.A., Loginova S.YA., SHCHukina V.N. i dr. Protivovirusnaya aktivnost' arbidola i ego proizvodnyh v otnoshenii vozbuditelya tyazhelogo ostrogo respiratornogo sindroma v kul'turah kletok. *Vopr. virusol*. 2008. № 53(4). С. 9 – 13.
8. CHuchalin A.G. Tyazhelyj ostryj respiratornyj sindrom. *Arh. pat*. 2004. № 3. С. 5 – 11.
9. CHuchalin A.G. Sindrom ostrogo povrezhdeniya legkih. *RMZH*. 2006. Т. 14, № 22. С. 15 – 82.
10. CHuchalin A.G., Sinel'nikov A.I., CHernyahovskaya N.E. Pnevmoniya. М., 2002. С. 156 – 166.
11. Belouzard S., Millet J.K., Licitra B.N., Whittaker G.R. Mechanisms of coronavirus cell entry mediated by the viral spike protein. *Viruses*. 2012; 4:1011-33.
12. Burnier M, Bakris G, Williams B. Redefining diuretics use in hypertension: why select a thiazidelike diuretic? *Journal of Hypertension*. 2019;37:1574-86. doi:10.1097/HJH.0000000000002088
13. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China [published correction appears in *Lancet*. 2020 Jan 30; *Lancet*. 2020;395(10223):497 - 506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5

**Magomedov A.M., Doctor of Biological Sciences (Advanced Doctor), Professor,
Daniyalova P.M., Candidate of Biological Sciences (Ph.D.), Associate Professor,
Alieva S.N.,
Alimkhanova A.A.,
Dagestan State Medical Academy**

IMPACT OF COVID-19 ON PEOPLE WITH COMBINED HEART DISEASES

Abstract: the article is devoted to the urgent problem of combining the new coronavirus infection COVID-19 and cardiovascular diseases. The COVID-19 pandemic poses a particular threat to patients with cardiovascular disease. The emergence of COVID-19 is accompanied by a high risk of thrombotic complications, acute coronary syndrome (ACS), cardiac arrhythmias, which significantly worsens the prognosis of patients. Mortality in patients with COVID-19 and cardiovascular disease is significantly higher than in patients without heart disease. The purpose of this document is to provide practical guidance and important information that can be useful in the management of the full spectrum of comorbid patients in the context of the COVID-19 pandemic, both uninfected and carrying COVID-19. The article provides an overview of the literature data on the analysis of the clinical and functional characteristics of patients with COVID-19, including those with a poor prognosis. Attention is paid to the pathophysiological features occurring against the background of an infectious process in the cardiovascular system, risk factors and predictors of mortality in COVID-19. The presented article summarizes the data of a few clinical studies and individual clinical cases, illustrating the difficulties of managing patients with viral infection and concomitant pathology. Possible clinical pictures of the most typical combinations of common cardiovascular diseases and COVID-19 are considered.

Keywords: coronavirus, cardiovascular disease, infection, patients, COVID-19

*Чаплыгина Е.В., аспирант,
Гужвина Е.Н., доктор медицинских наук, профессор, декан,
Астраханский государственный медицинский
университет Минздрава России,
Болгова М.Ю., кандидат медицинских наук, доцент, врач-эндокринолог,
председатель Астраханского областного общества эндокринологов,
Астраханский государственный медицинский
университет Минздрава России,
Печенкин В.Г., врач акушер-гинеколог,
Клинический родильный дом, г. Астрахань*

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Аннотация: в последнее время все чаще обращает на себя внимание проблема гестационного сахарного диабета, частота встречаемости которого неуклонно растет, вопреки разработанным клиническим рекомендациям, что говорит о необходимости проведения более детальных исследований в этой области. У большинства беременных заболевание протекает с невыраженной гипергликемией и отсутствием явных клинических симптомов, это определяет главную особенность гестационного сахарного диабета: трудность в диагностике и позднюю выявляемость. Эти данные доказывают необходимость изучения причин возникновения гестационного сахарного диабета для своевременного прогнозирования заболевания и профилактики его манифестации.

Ключевые слова: беременность, гестационный сахарный диабет, инсулинорезистентность

Одним из физиологических этапов в жизни женщины является беременность. Нагрузка на организм матери в этот период колоссальна. Все ресурсы организма женщины направлены на развитие новой жизни. Для обеспечения роста и развития плода многие обменные процессы в значительной степени перестраиваются, и именно поэтому организм матери требует особо пристального внимания со стороны акушеров-гинекологов и эндокринологов.

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета.

Как известно, уровень глюкозы взрослого человека в норме составляет 3,3-6,0 ммоль/л. (венозная плазма). Однако в силу определенных обстоятельств верхняя граница нормы для беременных снижается до 5,0 ммоль/л, а диагноз гестационного сахарного диабета устанавливается уже при получении 5,1 ммоль/л глюкозы в крови натощак (вне зависимости от возраста женщины и срока беременности). [3, 10]. Нижний пороговый показатель для глюкозы венозной плазмы у беременных в ходе перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) через 1 час после нагрузки глюкозой – < 10,0 ммоль/л и через 2 часа – < 8,5 ммоль/л [15, 17, 27, 30, 31].

Негативные последствия ГСД

Течение беременности при данной патологии отягчается развитием различных акушерских осложнений. Следствием гипергликемии является

патология сосудов плацентарного комплекса (фетоплацентарная недостаточность по данным разных авторов отмечается с частотой 50-63%), и как следствие, возникновение гипоксического состояния плода приводящая к гипоксическому состоянию плода. Частота многоводия достигает 41%, диабетической фетопатии – 42%. Гестоз развивается у 13,3% женщин, у половины из них пациенток степень тяжести оценивается как «средняя» и «тяжелая» [1, 12, 16, 25, 29].

Дети, рожденные от матерей, страдающих ГСД, отличаются макросомией, что влечет за собой опасность родового и материнского травматизма. А именно: частота дистонии плечиков плода у данного контингента женщин составляет 6,3%, перелом ключицы новорожденного – 19%, паралич Эрба – 7,8%, тяжелая асфиксия – 5,3%, нарушение мозгового кровообращения – 20%. Согласно данным статистики, показатели перинатальной смертности у детей с нормальными весовыми параметрами в 1,5-3 раза ниже, чем таковые у новорожденных с массой 4 кг и более. Признаки диабетической фетопатии встречаются в 34,8% случаев, малые аномалии развития – в 13,6% случаев, пороки развития – у 4,5% новорожденных. Возникает риск развития у ребенка ожирения и/или сахарного диабета (СД) в будущем [2, 3, 4].

ГСД оказывает существенное влияние на дальнейший прогноз жизни женщины: у 40-70% в последующие 5 лет после родов может развиваться манифестный сахарный диабет. Остается высокая вероятность развития ГСД во время последующих беременностей (20-50%). Роды крупным плодом

опасны высокой частотой родового травматизма матери. Частыми последствиями являются такие осложнения как пролапс половых органов, недержание мочи и др. [3, 27, 28].

Профилактика ГСД

Важным подходом для профилактики ГСД является понимание факторов риска, к которым относятся:

- вес новорожденного при предыдущих родах 4 кг и более,
- отягощенный акушерский анамнез в виде привычного невынашивания,
- необъяснимая гибель плода или врожденные аномалии его развития,

- отеки, многоводие, фетопатии, артериальная гипертензия вызванная беременностью,
- преждевременные роды,
- собственный крупный вес при рождении,
- недостаточная физическая активность матери,
- гипертоническая болезнь,
- превышение идеальной массы тела более чем на 20%,
- этническое представительство (азиаты, индейцы, латиноамериканцы),
- курение,
- повторные инфекции мочевых путей.

Наиболее значимые факторы риска развития ГСД представлены в табл. 1.

Таблица 1

Факторы риска развития ГСД

Факторы риска	Степень значимости
гликозурия	41%
возраст старше 30 лет	25%
отягощенный акушерский анамнез	21%
роды крупным плодом	15%
отягощенная наследственность по СД	10%

При наличии двух и более факторов, риск развития ГСД увеличивается как минимум в 10 раз. Также к группе риска развития ГСД необходимо относить женщин с синдромом поликистозных яичников и с многоплодной беременностью.

В случае высокой вероятности развития гестационного диабета, беременным необходимо проводить глюкозотолерантный тест уже при первичном обращении к врачу, не дожидаясь скринингового срока 24-28 недель, если показатели гликемии натощак ниже 5,1 ммоль/л [12, 14, 17, 23,24, 26].

В проведении глюкозотолерантного теста нуж-

даются все беременные, в связи с тем, что зачастую гестационный сахарный диабет протекает без выраженных клинических проявлений [3].

С одной стороны, причины и механизмы развития ГСД достаточно изучены, клинические рекомендации по ведению больных с данным диагнозом разработаны. Однако в то же время проблема ГСД становится острее с каждым годом, отчасти в связи с накоплением в популяции факторов риска сахарного диабета. Согласно статистическим данным по Астраханской области, динамика заболеваемости неутешительная (табл. 2):

Таблица 2

Частота встречаемости ГСД

Частота встречаемости ГСД	
2015 г.	1,1%
2016 г.	3,2%
2017 г.	5,0% (539 женщин)

Такая тенденция наблюдается повсеместно в нашей стране [6, 19].

Основной механизм патогенеза ГСД – инсулинорезистентность (ИР). Данное состояние является физиологическим для периода беременности. В организме матери увеличивается активность контринсулярных гормонов (эстрогены, гестагены, плацентарный лактоген), т.к. возрастает потребность в пластических и энергетических веществах для создания фетоплацентарного комплекса (ФПК). ИР в организме матери, как физиологическое явление компенсируется гиперплазией и гипертрофией островковых клеток поджелудочной

железы матери в среднем на 15%, что, следовательно, приводит к повышению выработки инсулина. Нарушение функционирования процессов компенсации у матери приводит к обратимыми метаболическими и функциональными изменениям, сопровождающихся нарушением фосфорилирования глюкозы и снижением передачи сигнала гормона – ослаблением сахароснижающего действия инсулина, уменьшением продукции АТФ. Таким образом, физиологический процесс ИР – это неизбежный процесс в организме матери, который является адаптационным и необходимым для создания ФПК. Но по ряду причин, среди которых

большое место занимают известные нам факторы риска, физиологическая инсулин резистентность переходит в патологическую, вызывая развитие гестационного сахарного диабета [8, 13].

Так же патологическая ИР лежит в основе патогенеза эклампсии. Зачастую гипогликемия, вызванная снижением уровня контринсулярных гормонов сопровождается тяжелой преэклампсией (ПЭ). Судорожный синдром на фоне гипогликемии во время приступа эклампсии аналогичен гипогликемической коме при сахарном диабете. Патологическая ИР снижает интенсивность глюконеогенеза и соответственно запасов гликогена в печени. Это приводит к дефициту субстратов для образования энергии в ЦНС, что является причиной развития судорог. В связи с тем, что в родах ИР матери возрастает, остается опасность эклампсии в послеродовом периоде, которой может предшествовать ПЭ. Но благодаря высокой активности глюкагона и активации симпатoadренальной системы риск развития гипогликемической комы очень маловероятен.

Беременность, осложненная ГСД, имеет большую частоту преэклампсии, чем беременность без диабета. Плацента является высокоспециализированным органом, выполняющим целый ряд функций: трофическую, газообменную, дезинтоксикационную, что необходимо для поддержания беременности. Физиологическая беременность требует, чтобы инвазия трофобласта проходила за пределы децидуальной оболочки и способствовала полноценному развитию материнской сосудистой сети с образованием сосудов с высокой емкости. Напротив, неглубокая имплантация плаценты при преэклампсии и ГСД, вызванная антиангиогенными факторами и провоспалительной средой, нарушает миграцию и инвазию трофобласта, что приводит к неблагоприятным условиям для развития эмбриона и фетоплацентарного комплекса.

Понятно, что патологическая ИР реализуется на фоне физиологической ИР. Но нельзя забывать о роли плаценты в формировании состояния ИР у матери. Основная причина развития ГСД у матери связана в первую очередь с относительной недостаточностью инсулина, которая обусловлена действием гормонов плаценты (преимущественно плацентарного лактогена). Так же развитие ГСД связывают с увеличенным разрушением в плаценте инсулина и аутоиммунными нарушениями, истощающими резервы β -клеток поджелудочной железы [7].

Во время беременности надпочечники матери увеличивают продукцию кортизола – регулятора углеводного и белкового обмена и минералкортикоидов, которые контролируют минеральный обмен, увеличивают образования андрогенов. За счет

повышения уровня кортизола происходит усиление глюконеогенеза в печени. В свою очередь в периферических тканях метаболизм глюкозы подавляется глюкокортикоидами. Можно подумать, что повышенный уровень глюкозы крови требует компенсаторной гиперинсулинемии. Однако, имеющаяся инсулинрезистентность продолжает увеличиваться благодаря гиперкортизолемии, усиливающей липолиз, который вызывает освобождение свободных жирных кислот. Свободные жирные кислоты в свою очередь повышают образование триглицеридов и токсически действуют на органы – мишени инсулина [15, 18].

Хорионический ганодотропин вносит свой вклад в повышенную продукцию материнского инсулина и увеличение липолиза, что обеспечивает интенсивный рост плода путем адекватного транспорта глюкозы и аминокислот.

Плацента самостоятельно, без участия плода, продуцирует прогестерон – «гормон беременности», тем самым выполняет гормональную функцию. Наибольшая концентрация плацентарного прогестерона в области плацентарной площадки, что помогает ему, минуя общий кровоток оказывать непосредственное действие на миометрий. Уровень прогестерона в крови матери снижается к 5-6 неделе, а с 7-й недели вновь увеличивается, продолжая постепенно расти на протяжении всей беременности, достигая 100-300 нг/мл. 250 мг в сутки может достигать концентрация прогестерона непосредственно перед родами. В надпочечниках плода прогестерон претерпевает изменения, превращаясь в кортизол. Механизм действия «гормона беременности» подобен кортизолу. Из этого следует, что повышенная концентрация прогестерона в материнском организме, однозначно, неблагоприятно отражается на метаболизме. Интенсивность секреции прогестерона и кортизола изменяется однонаправленно, начиная с ранних сроков беременности и вплоть до родов [15].

Плацентарный лактоген именуемый так же как хорионический соматомаммотропный гормон, плацентарный соматомаммотропин, продуцируется самой плацентой. Аминокислотная последовательность плацентарного лактогена гомологична пролактину и соматотропному гормону передней доли гипофиза.

Достаточная концентрация плацентарного лактогена составляет 2,5 мг/л на 20 неделе беременности, на 38-39 неделе – 7-8 мг/л, что свидетельствует о нормальном функционировании плаценты и жизнеспособности плода. При повышении его концентрации в печени активизируется глюконеогенез, усиливается липолиз, что снижает чувствительность мышечной ткани матери к инсу-

лину, создавая условия для инсулинорезистентности [15, 21, 22].

Процесс уменьшения связывания рецепторов с инсулином в результате влияния кортикостероидов, прогестерона и пролактина является основополагающим в развитии периферической инсулинорезистентности. К тому же действие хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена уменьшает пострецепторный эффект инсулина [15].

Источником всех необходимых питательных веществ для плода является организм матери. Уровень глюкозы в организме плода ниже материнского на 10–20 %, что способствует переносу глюкозы от матери к плоду посредством облегченной диффузии. При этом инсулин не проникает через плаценту, так как разрушается плацентарной инсулиназой, имеющей наибольшую активность непосредственно перед родами. В разрушении инсулина также активно участвует почечная инсулиназа, являющаяся наиболее важной экстрапеченочной областью разрушения инсулина. Ее высокая активность обусловлена увеличением почечного кровотока беременной. [15].

Малоизвестные причины инсулинорезистентности в период беременности

Значение витамина (гормона) D

При проведении скрининга пациенток возможность возникновения ГСД оценивается по уже известным факторам риска. Тем не менее, часть пациенток получает диагноз ГСД, не находясь при этом формально в группе риска. В связи с этим возникает вопрос поиска дополнительных факторов, определяющих риск развития сахарного диабета.

Существует взаимосвязь недостаточности витамина D с патологической ИР и риском развития сахарного диабета, в том числе и во время беременности [5].

Механизм воздействия витамина D (или как его называют – «гормон» D за значимую физиологическую роль) на β -клетку поджелудочной железы происходит двумя путями:

1. Индуцирует секрецию инсулина путем увеличения внутриклеточного уровня кальция с помощью неселективных потенциал-зависимых кальциевых каналов;

2. Опосредованно активирует кальций-зависимую эндопептидазу β -клеток, которая преобразует проинсулин в активный инсулин [5].

К тому же витамин D способствует промощению гена инсулина человека и обеспечивает активацию его транскрипции. Дело в том, что витамин D находится в тесной взаимосвязи с половыми стероидами, которые также влияют на экспрессию генов инсулинового рецептора и его чувствитель-

ность. Стероидные гормоны – это важнейший промотор гена инсулинового рецептора. не исключено, что недостаток витамина D, приводя к недостаточности стероидных гормонов, нарушает соотношение жирозапасающих (пролактин, инсулин, кортизол) и жиросжигающих (гормон роста, катехоламины, половые гормоны, тиреоидные гормоны) факторов. В свою очередь жировая ткань способствует снижению в крови уровня циркулирующего 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) за счет повышенного захвата и снижения скорости гидроксилирования в печени. Таким образом очевидно, что для СД II типа и ГСД характерен своеобразный «порочный круг патогенеза». Снижение уровня витамина 25(OH)D ниже 20 нг/мл способствует развитию патологической инсулинорезистентности и связана с 74% риском развития метаболического синдрома [20].

Раннее менархе и риск ГСД

Есть предположения [31] о взаимосвязи раннего менархе и ГСД. Подростки имеют более высокий риск развития ГСД в случае наступления менархе в возрасте 11 лет или раньше. Известно, что избыточная масса тела способствует раннему наступлению менархе. А высокий индекс массы тела, в свою очередь, является фактором риска развития ГСД.

Из этого можно сделать вывод о необходимости контроля массы тела у лиц с ранним пубертатом [31].

Аутофагия – как причина развития ГСД

Аутофагия – это физиологический процесс, необходимый для поддержания клеточного гомеостаза, при котором разрушаются и перерабатываются клеточные органеллы. У беременных с ГСД были обнаружены более интенсивные процессы аутофагии. Высокие уровни глюкозы усиливали аутофагию и апоптоз клеток, уменьшали пролиферацию и инвазию. Аутофагия активируется, когда клетки сталкиваются с внутриклеточными стрессорами (например, накопление дефектных белков, повышенное количество активных форм кислорода и повреждение ДНК) или в ответ на голод, гипоксию и гормональную стимуляцию. Патологическая аутофагия связана со многими состояниями человека, включая болезнь Паркинсона, диабет, воспалительное заболевание кишечника, старение и рак.

Аутофагия имеет важное значение в процессах жизнедеятельности организма не только при нормальных условиях, но и в период развития плаценты и инвазии ворсин трофобласта в периваскулярную область во время беременности.

Недавние исследования продемонстрировали, что у женщин с преэклампсией и задержкой внутриутробного развития плода имеет место высокий

уровень плацентарного белка LC3B, связанного с аутофагами, в отличии от женщин с нормальной беременностью. В большинстве исследований процессов аутофагии основное внимание уделялось ее воздействию на нормальную плацентацию и при преэклампсии; однако механизмы аутофагического воздействия на раннее развитие плаценты при ГСД остаются недостаточно изученными [29].

Существует мнение, что осложнения беременности, такие как мертворождение, преждевременные роды, низкий вес при рождении и малый гестационный возраст у женщин при ГСД, обусловлены неглубокой плацентарной имплантацией, что может быть результатом чрезмерного апоптоза и недостаточной способности к инвазии, вызванной аномально повышенной аутофагией. Данное исследование продемонстрировало важную роль аутофагии у пациентов с ГСД, подвергнутых избыточному влиянию глюкозы [29].

Внепанкреатическая экспрессия инсулина

Единственно известным источником инсулина всегда считались β -клетки островков Лангерганса. Но в ходе последних исследований, были открыты внепанкреатические места выработки инсулина. К ним относятся: тимус, головной мозг, печень, жировая ткань, костный мозг, селезенка. На сегодняшний день существуют данные, свидетельствующие за важное значение патологии функционирования тимуса в патогенезе сахарного диабета. Тимус способен восстанавливать толерантность к антигенам β -клеток за счет участия в иммунопатологических механизмах СД, что препятствует развитию СД или способствует его ремиссии путем восстановления толерантности. Нарушение формирования центральной толерантности к антигенам поджелудочной железы происходит из-за изменения морфофункционального состояния антигенпредставляющих клеток тимуса, а также отсутствия достаточного представительства антигенов β -клеток в тимусе или нарушения продукции тимусом популяции естественных (натуральных) регуляторных Т-клеток. Все выше перечисленное является одним из основных патогенетических факторов развития СД, который провоцируется внутриутробной гипергликемией плода, развивающаяся при ГСД. Гипергликемия плода способна вызвать нарушения морфогенеза тимуса и дисфункцию его лимфоидного и эпителиального компонентов, что может привести к нарушению формирования центральной толерантности к инсулину как фактору риска развития СД у потомства [16].

Вспомогательные репродуктивные технологии и риск ГСД

В последнее время стали широко использоваться вспомогательные репродуктивные технологи

(ВРТ). У данной группы женщин частота возникновения ГСД составляет 12.6%, что значительно превышает общепопуляционные показатели (4,5%). Возможными причинами более частого развития данного осложнения, кроме традиционных факторов риска, являются: высокая частота многоплодия, применение препаратов эстрогена, прогестерона и индукция овуляции в программе экстракорпорального оплодотворения. [19, 24].

Гипертония у беременных – независимый фактор риска ГСД

Артериальная гипертензия в первом триместре беременности является одним из факторов риска развития ГСД, частота встречаемости которого в 3 раза выше, чем у беременных без АГ. Этому способствуют общие механизмы возникновения АГ и СД, такие как: гипергликемия, увеличивающая гиперосмолярность и объем внеклеточной жидкости; ретенция натрия и воды в организме у всех больных СД 1 и 2 типов, что влечет за собой увеличение внесосудистого (интерстициального и/или внутриклеточного) объема жидкости; гиперинсулинемия и резистентность к инсулину, так же способствуют повышению АД. Артериальная гипертензия при постановке на учет по беременности повышает риск развития ГСД почти в 6 раз [22].

Табакокурение и риск ГСД

Никотин и другие составляющие табачного дыма оказывают влияние на риск развития сахарного диабета. В крови человека употребившего даже одну сигарету происходит кратковременное увеличение уровня глюкозы, соответственно хроническое злоупотребление табаком вызывает стойкое нарушение толерантности к глюкозе. Кроме того, табакокурение приводит к увеличению концентрации в крови катехоламинов, глюкагона и соматотропного гормона, имеющих контринсулярное действие. Соответственно можно сделать вывод, что курение создает условия инсулинорезистентности в организме, что свойственно СД II типа и ГСД. Интересно, что чувствительность к инсулину нормализуется достаточно быстро после отказа от табака [9].

Грудное вскармливание и риск манифестации СД II типа

Существуют данные, которые показывают обратную зависимость между длительностью и интенсивностью грудного вскармливания и риском развития СД II типа у женщин с гестационным сахарным диабетом. Грудное вскармливание в течение длительного времени ассоциировано со снижением риска развития СД II типа у женщин с ГСД [12].

В заключении хочется отметить, что, по данным ВОЗ, число людей, страдающих диабетом

увеличилось в 4 раза с 1980 года, что связано с резким ростом заболеваемости СД в популяции и улучшением качества диагностики. Во всем мире диабетом страдают около 422 миллионов человек. В России 9,3% населения имеют диагноз сахарный диабет, среди мужского населения – 8%, среди женщин – 10,3%. Распространенность СД II типа среди взрослого населения России составляет 5,4% [6, 11].

Вышеупомянутые сведения не могут не найти своего отражения в описании проблемы гестационного сахарного диабета. Совокупность изложенных фактов дает основания полагать, что число беременных, страдающих гестационным сахарным диабетом, продолжит расти, стимулируя дальнейшие исследования по данной теме и обуславливая ее актуальность.

Литература

1. Айламазян Э.К., Абашова Е.И., Коган И.Ю., Аржанова О.Н. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины. Руководство для врачей / под ред Э.К. Айламазяна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 432 с.
2. Арбатская Н.Ю. Диабет и беременность. Рош Диагностика Рус. 6 с. DocPlayer. Режим доступа: <https://docplayer.ru/90992124-N-yu-arbatskaya-diabet-i-beremennost.html> (ата обращения: 29.10.2020)
3. Блохин Н.Г., Шевченко Д.М. Гестационный сахарный диабет // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. 2017. Т. 4. № 2. С. 61 – 67.
4. Бурмукулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет (эндокринологические, акушерские и перинатальные аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2011. 9 с.
5. Витамин Д и сахарный диабет: есть ли патологическая связь? // Медпросвіта. 2015. Режим доступа: <https://medprosvita.com.ua/vitamin-sakharnyj-diabet-est-pat> (дата обращения: 29.10.2020)
6. Всемирный день здоровья 2016 г. ВОЗ призывает остановить рост заболеваемости диабетом и улучшить лечение // Информационный бюллетень ВОЗ. 2016. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/06-04-2016-world-health-day-2016-who-calls-for-global-action-to-halt-rise-in-and-improve-care-for-people-with-diabetes> (дата обращения: 29.10.2020)
7. Гордюнина С.В. Инсулинорезистентность и регуляция метаболизма // Проблемы эндокринологии. 2012. Т. 58. № 3. С. 31 – 34.
8. Гордюнина С.В. Инсулинорезистентность при беременности (обзор литературы) // Проблемы эндокринологии. 2013. Т. 59. № 5. С. 61 – 66.
9. Гусева Ю.А. Опасность курения при сахарном диабете AboutDiabetes Режим доступа: <https://aboutdiabetes.ru/opasnost-kyreniia-pri-saharnom-diabete.html> (дата обращения: 29.10.2020)
10. Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю., Викулова О.К., Галстян Г.Р., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Смирнова О.М., Старостина Е.Г., Суркова Е.В., Сухарева О.Ю., Токмакова А.Ю., Шамхалова М.Ш., Ярек-Мартынова И.Р., Бешлиева Д.Д., Бондаренко О.Н., Волеводз Н.Н., Григорян О.Р., Есаян Р.М., Ибрагимов Л.И., Калашников В.Ю., Липатов Д.В., Шестакова Е.А. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова // Сахарный диабет. 2017. Т. 20. № 1S. С. 1 – 112.
11. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (Исследование Nation) // Сахарный диабет. 2016. Т. 19. № 2. С. 104 – 112.
12. Дедов И.И., Краснополяский В.И., Сухих Г.Т. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» // Сахарный диабет. 2012. № 4. С. 4 – 10.
13. Джобавва Э.М., Арбатская Н.Ю., Некрасова К.Р. Гестационный сахарный диабет и магний. Перспективы профилактики и комплексной терапии // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014. Т. 14. № 6. С. 32 – 36.
14. Забаровская З.В. Гестационный сахарный диабет: учебно-методическое пособие. Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2004. 19 с.
15. Игумнова О.С., Чагай Н.Б. Причины инсулинорезистентности во время беременности // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2008. № 1. С. 68 – 71.
16. Колесник Ю.М., Камышный А.М., Абрамов А.В. Множественные иммунологические нарушения у потомства крыс с экспериментальным гестационным сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. 2010. Т. 56. № 2. С. 36 – 41.
17. Краснополяский В.И., Петрухин В.А., Бурмукулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет: новый взгляд на старую проблему // Акушерство и гинекология. 2010. № 2. С. 3 – 6.
18. Манухин И.Б., Геворкян М.А., Чагай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 416 с.

19. Некрасова К.Р., Ван А.В., Галкина А.С., Джобава Э.М., Доброхотова Э.Ю. Гестационный сахарный диабет – болезнь популяции. Медикаментозная терапия угрозы прерывания беременности и углеводный обмен (обзор литературы) // Акушерство, гинекология и репродукция. 2013. Т. 7. № 1. С. 31 – 35.
20. Пигарова Е.А., Рожинская Л.Я., Белая Ж.Е., Дзеранова Л.К., Каронова Т.Л., Ильин А.В. Федеральные клинические рекомендации. Дефицит витамина D у взрослых: диагностика, лечение и профилактика // Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Министерства Здравоохранения Российской Федерации. М., 2015. 75 с.
21. Попова П.В., Ткачук А.С., Дронова А.В., Болотько Я.А., Гринева Е.Н. Плацентарный лактоген, плацентарный фактор роста, резистентность к инсулину в ранние сроки беременности и риск развития гестационного диабета // Проблемы эндокринологии. 2016. Т. 62. № 5. С. 31 – 32.
22. Попова П.В., Герасимова А.С., Кравчук Е.Н., Шелепова Е.С., Рязанцева Е.М., Цой У.А., Зазерская И.Е., Гринева Е.Н. Связь повышенного артериального давления в I триместре беременности и риска развития гестационного диабета // Артериальная гипертензия. 2012. № 1. С. 67 – 73.
23. Стаценко М.Е., Косицина А.Ф., Туркина С.В., Болотова С.Л. Сахарный диабет: учебно-методическое пособие. Волгоград: Волгоградская медицинская академия, кафедра внутренних болезней предиабетического стоматологического факультета, 2002. 68 с.
24. Тимохина Е.С., Саприна Т.В., Кабирова Ю.А., Ворожцова И.Н. Гестационный сахарный диабет – новый взгляд на старую проблему // Мать и дитя в Кузбассе. 2011. Т. 46. № 3. С. 3 – 9.
25. Alfadhi E.M. Gestational diabetes mellitus // Saudi Medical Journal. 2015. Vol. 36. № 4. P. 399 – 406.
26. American Diabetes Association. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes. 2018 // Diabetes Care. 2018. Vol. 41(suppl. 1). P. S137 – S143.
27. American Diabetes Association. Position statement. Diagnosis and classification of diabetes mellitus // Diabetes Care. 2010. Vol. 33 (suppl. 1). P. S62 – S69.
28. Metzger B.E., Gabbe S.G., Persson B., Buchanan T.A., Catalano P.A., Damm P., Dyer A.R., A.de Leiva, Hod M., Kitzmiller J.L., Lowe L.P., McIntyre H.D., Oats J.J., Omori Y., Schmidt M.I. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classifications of hyperglycemia in pregnancy / International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel // Diabetes Care. 2010. Vol. 33. № 3. P. 676 – 682.
29. Ji L., Chen Z., Xu Y., Xiong G., Liu R., Wu C., Hu H., Wang L. Systematic Characterization of Autophagy in Gestational Diabetes Mellitus // Endocrinology. 2017. Vol. 158. № 8. P. 2522 – 2532.
30. Rani P.R., Begum J. Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus, Where Do We Stand // Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016. Vol. 10. № 4. P. QE01 – QE04.
31. Schoenaker D.A. J.M., Mishra G.D. Association Between Age at Menarche and Gestational Diabetes Mellitus: The Australian Longitudinal Study on Women's Health // Am. J. Epidemiol. 2017. Vol. 185. № 7. P. 554 – 561. doi: 10.1093/aje/kww201

References

1. Ajlamazyan E.K., Abashova E.I., Kogan I.YU., Arzhanova O.N. Saharnyj diabet i reproduktivnaya sistema zhenshchiny. Rukovodstvo dlya vrachej. pod red E.K. Ajlamazyana. M.: GEOTAR-Media, 2019. 432 s.
2. Arbatskaya N.YU. Diabet i beremennost'. Rosh Diagnostika Rus. 6 s. DocPlayer. Rezhim dostupa: <https://docplayer.ru/90992124-N-yu-arbatskaya-diabet-i-beremennost.html> (ata obrashcheniya: 29.10.2020)
3. Blohin N.G., Shevchenko D.M. Gestacionnyj saharnyj diabet. Arhiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegireva. 2017. T. 4. № 2. S. 61 – 67.
4. Burumkulova F.F. Gestacionnyj saharnyj diabet (endokrinologicheskie, akusherskie i perinatal'nye aspekty): avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2011. 9 s.
5. Vitamin D i saharnyj diabet: est' li patologicheskaya svyaz'? Medprosvita. 2015. Rezhim dostupa: <https://medprosvita.com.ua/vitamin-saharnyj-diabet-est-pat> (data obrashcheniya: 29.10.2020)
6. Vsemirnyj den' zdorov'ya 2016 g. VOZ prizyvaet ostanovit' rost zaboлеваemosti diabetom i uluchshit' lechenie // Informacionnyj byulleten' VOZ. 2016. Rezhim dostupa: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/06-04-2016-world-health-day-2016-who-calls-for-global-action-to-halt-rise-in-and-improve-care-for-people-with-diabetes> (data obrashcheniya: 29.10.2020)
7. Gordyunina S.V. Insulinorezistentnost' i regulyaciya metabolizma. Problemy endokrinologii. 2012. T. 58. № 3. S. 31 – 34.
8. Gordyunina S.V. Insulinorezistentnost' pri beremennosti (obzor literatury). Problemy endokrinologii. 2013. T. 59. № 5. S. 61 – 66.

9. Guseva YU.A. Opasnost' kureniya pri saharnom diabete AboutDiabetes Rezhim dostupa: <https://aboutdiabetes.ru/opasnost-kyreniia-pri-saharnom-diabete.html> (data obrashcheniya: 29.10.2020)
10. Dedov I.I., SHestakova M.V., Majorov A.YU., Vikulova O.K., Galstyan G.R., Kuraeva T.L., Peterkova V.A., Smirnova O.M., Starostina E.G., Surkova E.V., Suhareva O.YU., Tokmakova A.YU., SHamha-lova M.SH., Yarek-Martynova I.R., Beshlieva D.D., Bondarenko O.N., Volevodz N.N., Grigoryan O.R., Esayan R.M., Ibragimova L.I., Kalashnikov V.YU., Lipatov D.V., SHestakova E.A. Algoritmy speciali-zirovannoj medicinskoj pomoshchi bol'nym saharnym diabetom. pod red. I.I. Dedova, M.V. SHesta-kovoj, A.YU. Majorova. Saharnyj diabet. 2017. T. 20. № 1S. S. 1 – 112.
11. Dedov I.I., SHestakova M.V., Galstyan G.R. Rasprostranennost' saharnogo diabeta 2 tipa u vzroslogo nase-leniya Rossii (Issledovanie Nation). Saharnyj diabet. 2016. T. 19. № 2. S. 104 – 112.
12. Dedov I.I., Krasnopol'skij V.I., Suhih G.T. Rossijskij nacional'nyj konsensus «Gestacionnyj saharnyj diabet: diagnostika, lechenie, poslerodovoe nablyudenie». Saharnyj diabet. 2012. № 4. S. 4 – 10.
13. Dzhobava E.M., Arbatskaya N.YU., Nekrasova K.R. Gestacionnyj saharnyj diabet i magnij. Perspektivy profilaktiki i kompleksnoj terapii. Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. 2014. T. 14. № 6. S. 32 – 36.
14. Zabarovskaya Z.V. Gestacionnyj saharnyj diabet: uchebno-metodicheskoe posobie. Minsk: Belorusskij gosudarstvennyj medicinskij universitet, 2004. 19 s.
15. Igumnova O.S., CHagaj N.B. Prichiny insulinrezistentnosti vo vremya beremennosti. Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza. 2008. № 1. S. 68 – 71.
16. Kolesnik YU.M., Kamyshnyj A.M., Abramov A.V. Mnozhestvennye immunologicheskie narusheniya u potomstva krys s eksperimental'nym gestacionnym saharnym diabetom. Problemy endokrinologii. 2010. T. 56. № 2. S. 36 – 41.
17. Krasnopol'skij V.I., Petruhin V.A., Burumkulova F.F. Gestacionnyj saharnyj diabet: novyj vzglyad na staruyu problem. Akusherstvo i ginekologiya. 2010. № 2. S. 3 – 6.
18. Manuhin I.B., Gevorkyan M.A., CHagaj N.B. Anovulyaciya i insulinorezistentnost'. M.: GEOTAR-Media, 2006. 416 s.
19. Nekrasova K.R., Van A.V., Galkina A.S., Dzhobava E.M., Dobrohotova E.YU. Gestacionnyj saharnyj diabet – bolezni' populyacii. Medikamentoznaya terapiya ugrozy preryvaniya beremennosti i uglevodnyj obmen (obzor literatury). Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija. 2013. T. 7. № 1. S. 31 – 35.
20. Pigarova E.A., Rozhinskaya L.YA., Belaya ZH.E., Dzeranova L.K., Karonova T.L., Il'in A.V. Federal'nye klinicheskie rekomendacii. Deficit vitamina D u vzroslyh: diagnostika, lechenie i profilaktika. Rossijskaya asociaciya endokrinologov FGBU «Endokrinologicheskij nauchnyj centr» Ministerstva Zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii. M., 2015. 75 s.
21. Popova P.V., Tkachuk A.S., Dronova A.V., Bolot'ko YA.A., Grineva E.N. Placentarnyj laktogen, placen-tarnyj faktor rosta, rezistentnost' k insulinu v rannie sroki beremennosti i risk razvitiya gestacionnogo diabeta. Problemy endokrinologii. 2016. T. 62. № 5. S. 31 – 32.
22. Popova P.V., Gerasimova A.S., Kravchuk E.N., SHElepova E.S., Ryazanceva E.M., Coj U.A., Zazerskaya I.E., Grineva E.N. Svyaz' povyshennogo arterial'nogo davleniya v I trimestre beremennosti i riska razvitiya gestacionnogo diabeta. Arterial'naya gipertenziya. 2012. № 1. S. 67 – 73.
23. Stacenko M.E., Kosicina A.F., Turkina S.V., Bolotova S.L. Saharnyj diabet: uchebno-metodicheskoe posobie. Volgograd: Volgogradskaya medicinskaya akademiya, kafedra vnutrennih boleznej prediatricheskogo stomatologicheskogo fakul'teta, 2002. 68 s.
24. Timohina E.S., Saprina T.V., Kabirova YU.A., Vorozhcvova I.N. Gestacionnyj saharnyj diabet – novyj vzglyad na staruyu problem. Mat' i ditya v Kuzbasse. 2011. T. 46. № 3. S. 3 – 9.
25. Alfadhi E.M. Gestational diabetes mellitus. Saudi Medical Journal. 2015. Vol. 36. № 4. R. 399 – 406.
26. American Diabetes Assosiation. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Dia-betes. 2018. Diabetes Care. 2018. Vol. 41(suppl. 1). R. S137 – S143.
27. American Diabetes Association. Position statement. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Di-abetes Care. 2010. Vol. 33 (suppl. 1). R. S62 – S69.
28. Metzger B.E., Gabbe S.G., Persson B., Buchanan T.A., Catalano P.A., Damm P., Dyer A.R., A.de Leiva, Hod M., Kitzmiller J.L., Lowe L.P., McIntyre H.D., Oats J.J., Omori Y., Schmidt M.I. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classifications of hyperglycemia in pregnancy. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. Diabetes Care. 2010. Vol. 33. № 3. R. 676 – 682.
29. Ji L., Chen Z., Xu Y., Xiong G., Liu R., Wu C., Hu H., Wang L. Systematic Characterization of Au-tophagyin Gestational Diabetes Mellitus. Endocrinology. 2017. Vol. 158. № 8. P. 2522 – 2532.

30. Rani P.R., Begum J. Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus, Where Do We Stand. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016. Vol. 10. № 4. P. QE01 – QE04.

31. Schoenaker D.A. J.M., Mishra G.D. Association Between Age at Menarche and Gestational Diabetes Mellitus: The Australian Longitudinal Study on Women's Health. Am. J. Epidemiol. 2017. Vol. 185. № 7. R. 554 – 561. doi: 10.1093/aje/kww201

*Chaplygina E.V., Postgraduate,
Gyzhvina E.N., Doctor of Medical Sciences (Advanced Doctor), Professor, Dean,
Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Bolgova M.Yu., Candidate of Medical Sciences (Ph.D.), Associate Professor, Endocrinologist,
Chairman of the Astrakhan Regional Society of Endocrinologists,
Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Pechenkin V.G., Obstetrician-Gynecologist,
Astrakhan State Clinical Maternity Hospital*

COUSES OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Abstract: recently, the problem of gestational diabetes is drawing attention to itself. Despite the developed clinical guidelines the frequency of occurrence of gestational diabetes mellitus is steadily increasing. In most pregnant women, the disease occurs with unexpressed hyperglycemia and the absence of obvious clinical symptoms. What determines the main feature of gestational diabetes mellitus – difficulty in diagnosis and late detection. These data prove the need to study the causes of gestational diabetes for the timely prediction of the disease.

Keywords: pregnancy, gestational diabetes mellitus, insulin resistance

*Абдуллоев С.М., кандидат медицинских наук,
Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, Таджикистан*

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ НА ФОНЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Аннотация: был проведен анализ результатов анкетирования 100 женщин репродуктивного возраста (средний возраст $28,4 \pm 3,8$ лет) с целью выявления особенностей пищевого поведения и динамики веса в связи со стрессовыми ситуациями. Это позволяло выявить частоту «заедания стресса» и его влияния на увеличение массы тела в стрессовых ситуациях. Критериями для отбора участниц анкетирования являлся тест на определение уровня стресса Ю.В. Щербатых. Все участницы исследования подписали информированное согласие и соглашение о неразглашении личных данных. Сравнительный анализ результатов анкетирования показал, что у подавляющего большинства респонденток при стрессе отмечалось «заедание стресса». При этом во время стресса 12 ($12,0 \pm 3,2\%$) отмечали снижение аппетита вплоть до отказа от пищи, что было достоверно меньше, чем число участниц с пищевым поведением «заедание стресса» ($P < 0,05$). При выполнении экспериментального этапа исследований на 20 крысах-самках линии «Вистар» было изучено влияние острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности на развитие ожирения у потомства. Экспериментальные исследования в соответствии с «Правилами проведения исследований с использованием экспериментальных животных» МЗ РФ. Всего было проведено 2 серии эксперимента. В I серии у 10 животных во время беременности моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса не проводили (нормативные показатели). Количество новорожденных – 65. Во II серии у 10 животных проводили моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности. Количество новорожденных – 62. Моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса у беременных и оценку его патогенетической роли в развитии АО проводили по разработанной нами методике. Установлено, что сразу после родов и через 1 неделю после этого, масса тела потомства была достоверно больше в I серии, где моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности не проводили ($P < 0,05$). Через 2 и 3 недели после родов при введении дополнительного прикорма отмечалось более быстрое увеличение массы тела потомства во II серии, где во время беременности проводили моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса. При этом показатели во II серии недостоверно превысила показатели в I ($P > 0,05$). После 4 недели показатели массы тела во II серии не достоверно превысили результаты в I ($P < 0,05$). При этом различия между исследуемыми группами прогрессивно увеличивались. Через 10 недель после родов вес тела каждого из представителей потомства во II серии, где во время беременности проводили моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса, превысил показатели в I серии на $21,3 \pm 1,6\%$. Это свидетельствовало о развитии алиментарного ожирения во II серии. Целесообразно продолжить исследования в этом направлении.

Ключевые слова: уровень стресса, тест Ю.В. Щербатых, пищевое поведение, алиментарное ожирение, экспериментальный стресс, стресс беременных, ожирение потомства

Мультидисциплинарный подход в изучении алиментарного ожирения (АО), неуклонно растущий интерес к исследованию данной патологии и ее осложнений, влияние на все сферы жизни определяют актуальность и значимость этой проблемы [1, 2, 3]. Более того, география, этническая принадлежность, возраст, гендерные особенности и социальное положение не являются определяющими факторами, влияющими на распространение и рост АО, приобретающего масштабы пандемии во всем мире [4, 5].

Особого значения заслуживает то, что только в 5,0-7,0% случаев можно выявить причину ожирения [4], что свидетельствует об отсутствии единой концепции патогенеза данной патологии [2], а повсеместное распространение с явной тенденцией к омоложению [6, 7] являются критериями рассмот-

рения АО как «болезни образа жизни» [8].

По сути, рассматривая АО как продукт взаимодействия в формате «организм – окружающая среда» целесообразно рассматривать его с позиции побочного эффекта ответной реакции организма с постоянно меняющимися в процессе эволюции внешними стрессорами, характерными для современного образа жизни [2, 9].

Учитывая, что на смену стрессоров, реально угрожавших жизни и здоровью человека, пришли эмоциональное и информационное воздействия, которые адресованы непосредственно к центральной нервной системе (ЦНС) [10], последствия реакции на них будет зависеть от эффективности контроля за эмоциональным состоянием и когнитивной обработки входящей информации [2, 9]. При этом, помимо реализации когнитивной функ-

ции и контроля за эмоциями, дополнительным фактором является присущая только человеку «социальная иммобилизация», трансформирующая первичную базовую реакцию на воздействие психологических стрессоров «борьба-бегство», в сторону «замирания» в рамках предписанных социумом норм и правил [9, 11].

Соответственно, на фоне нарастающей интенсивности функционирования ЦНС увеличивается потребление ею глюкозы и кислорода, обеспечивающее энергетическое обеспечение реакции на стресс [2] в режиме реального времени.

Именно для обеспечения энергетической реакции на стресс, в соответствии с принципом доминанты А.А. Ухтомского [12], является изменение пищевого поведения в виде «заедания стресса» богатой углеводами пищи [2]. При этом перманентное «заедание стресса» является предрасполагающим фактором развития АО.

Более того, формирование пищевого поведения «заедание стресса» происходит в виде условного рефлекса в ответ на воздействие психологического стресса (ПС).

Более того, рассматривается гипотеза о том, что еще во время беременности стресс у будущей матери создает предпосылки для формирования стратегии «заедание стресса» у потомства [13, 14].

Соответственно, представляет интерес исследования вопроса «заедания стресса», стресса во время беременности и развития АО у потомства.

Цель: Изучить патогенетические особенности развития АО у потомства при стрессе во время беременности в эксперименте.

Материалы и методы

Исследование проводили в два этапа.

При выполнении I этапа был проведен анализ результатов анкетирования 100 женщин репродуктивного возраста (средний возраст $28,4 \pm 3,8$ лет) с целью выявления особенностей пищевого поведения и динамики веса в связи со стрессовыми ситуациями. Это позволяло выявить частоту «заедания стресса» и его влияния на увеличение массы тела в стрессовых ситуациях. Критериями для отбора участниц анкетирования являлся тест на определение уровня стресса Ю.В. Щербатых [15].

Все участницы исследования подписали информированное согласие и соглашение о неразглашении личных данных.

При выполнении II этапа на 20 крысах-самках линии «Вистар» было изучено влияние экспери-

ментального острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности на развитие ожирения у потомства. Экспериментальные исследования в соответствии с «Правилами проведения исследований с использованием экспериментальных животных» МЗ РФ.

Всего было проведено 2 серии эксперимента.

В I серии у 10 животных во время беременности моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса не проводили (нормативные показатели). Количество новорожденных – 65.

Во II серии у 10 животных проводили моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности. Количество новорожденных – 62.

Моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса у беременных и оценку его патогенетической роли в развитии АО проводили по разработанной нами методике, заключающейся в том, что после наступления беременности в течение 3 дней в каждом триместре моделируют острый эмоционально-иммобилизационный стресс. Сразу после родов, а затем с интервалом в 1 неделю производят регистрацию массы тела у потомства в течение 10 недель и сравнивают их с нормативными показателями и по динамике увеличения веса после моделирования острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности оценивают его влияние на развитие ожирения у потомства.

Показатели в I серии являлись нормативными при оценке результатов исследования во II серии.

После регистрации массы тела потомства в заданные сроки, строили вариационные ряды, рассчитывали среднюю арифметическую, ошибку средней арифметической и по формуле и таблице Стьюдента рассчитывали достоверность различий между группами.

Результаты исследования

Сравнительный анализ результатов анкетирования показал, что у подавляющего большинства респонденток при стрессе отмечалось «заедание стресса». При этом во время стресса 12 ($12,0 \pm 3,2\%$) отмечали снижение аппетита вплоть до отказа от пищи, что было достоверно меньше, чем число участников с пищевым поведением «заедание стресса» ($P < 0,05$).

Таблица 1

Особенности пищевого поведения и динамика веса при стрессе

Исследуемые параметры	Пищевое поведение		Динамика массы тела	
	Абс. к-во	M±m%	Абс. к-во	M±m%
Заедание стресса	79	79,0±4,1	+ 73	73,0±4,4
Голодание	12	12,0±3,2*	- 9	9,0±2,8*
Неизвестно	9	9,0±2,8*	19	19,0±3,9*

* – достоверность различий с показателями при заедании стресса

Следует отметить, что 9 (9,0±2,8%) участниц исследования затруднились ответить на вопрос об изменении пищевого поведения во время стресса.

Особого внимания заслуживали результаты опроса об изменении веса во время стресса.

Так, у 73 (73,0±4,4%) участниц опроса при заедании стресса отмечалось увеличение веса в течение недели от 2,5 до 4,3 кг (3,4±0,6 кг).

В отличие от этого, у 9 (9,0±2,8%) участниц исследования при голодании во время стресса отмечалось снижение веса от 2,2 до 3,6 кг (2,7±0,3 кг). При этом после регрессии стрессовой ситуации 6 (6,0±2,3) отмечали увеличение потребления пищи и увеличение веса, по сравнению с исходным на 1,7±0,3 кг, что свидетельствовало об отсроченном заедании стресса.

В то же время, 19 (19,0±3,9%) затруднились ответить на вопрос об изменении веса во время стресса и после его завершения.

Следует отметить, что частота «заедания стресса» и увеличение веса во время стрессовой ситуации достоверно превосходила показатели при голодании ($P<0,05$) и снижении веса ($P<0,05$) во время стресса и частоту неопределенных ответов в отношении изменения пищевого поведения ($P<0,05$) и динамики веса ($P<0,05$) во время стрессовой ситуации.

Следующим этапом нашей работы было сравнение динамики массы тела потомства в зависимости от моделирования острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности в эксперименте (табл. 2).

Таблица 2

Динамика массы тела в исследуемых сериях эксперимента после родов

Время исследования	I серии(без стресса)	II серии (при стрессе у беременных)
После родов	5,22±0,19	4,41±0,23*
1 неделя	14,63±0,23	12,41±0,34*
2 недели	27,76±1,31	27,48±1,22
3 недели	34,73±3,43	45,89±2,97
4 недели	44,12±3,32	62,74±3,56*
5 недель	59,88±3,47	86,98±4,68*
6 недель	76,12±5,71	115,13±5,86*
7 недель	97,37±6,84	134,43±7,53*
8 недель	118,35±6,68	158,19±10,23*
9 недель	137,93±8,14	177,38±11,29*
10 недель	157,9±8,7	201,33±10,82*

* – достоверность различий с показателями без стресса во время беременности

Было установлено, что в I серии, где моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности не проводили сразу после родов масса тела потомства была достоверно больше, чем во II, где во время беременности моделировали стрессовую нагрузку ($P<0,05$).

Следует отметить, что через 1 неделю после родов достоверность различий между I и II серией сохранялась ($P<0,05$). При этом превышение массы тела потомства в I серии возросло, по сравнению с показателями сразу после родов. По нашему мнению, такая динамика массы тела потомства была связана с тем, что после моделирования стрессовой нагрузки во время беременности во II

серии отмечался дефицит материнского молока, а соответственно при питании отмечался дефицит поступления нутриентов, в сочетании с гормонами стресса. При этом создавались условия для формирования связки «стресс – голод» и рефлекторного пищевого поведения «заедания стресса» как реакции на стрессовое воздействие.

Особого внимания заслуживает то, что в течение 2 и 3 недели после родов, на фоне введения дополнительного прикорма во II серии, где во время беременности проводили моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса, отмечалось более быстрое увеличение массы тела потомства. При этом показатели во II группе недостоверно превысила показатели в I

($P > 0,05$). Такая динамика веса в исследуемых группах свидетельствовала о «заедании стресса» потомством во II серии эксперимента.

Более того, через 4 недели показатели массы тела потомства во II группе достоверно превысили результаты в I ($P < 0,05$).

Следует отметить, что в интервале 4-10 недель после родов достоверность различий этом различия между исследуемыми группами прогрессивно увеличивалась. При этом масса тела потомства во II серии достоверно превышала результаты, зафиксированные в I, где во время беременности моделирования острого эмоционально-иммобилизационного стресса не проводили ($P < 0,05$).

Через 10 недель после родов вес тела каждого из представителей потомства во II серии, где во

время беременности проводили моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса, превысил показатели в I группе на $21,3 \pm 1,6\%$. То есть, во II серии, где во время беременности проводили моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса при достижении взрослого возраста развивалось ожирение.

Таким образом, после моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности отмечалось достоверно более быстрое увеличение массы тела у потомства, что было связано с развитием ожирения на фоне доминирования пищевого поведения «заедание стресса». Целесообразно продолжить исследования в этом направлении.

Литература

1. Poulsen P.H., Biering K., Winding T.N. et al. How does childhood socioeconomic position affect overweight and obesity in adolescence and early adulthood: a longitudinal study. *BMC Obes* 5, 34 (2018). <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0210-8>
2. Салехов С.А. Психоэмоциональная информационно-энергетическая теория ожирения: Великий Новгород-Алматы, 2014. 180 с.
3. Wang Y., Beydoun M.A. The obesity epidemic in the United States-gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis // *Epidemiol Rev.* 2007. № 29. P. 6 – 28.
4. Вебер В.Р., Копина М.Н. Ожирение (этиология, патогенез, клинические рекомендации. Великий Новгород, 2011. 203 с.
5. Lin H., Carr K.A., Fletcher K.D., Epstein L.H. Food reinforcement partially mediates the effect of socioeconomic status on body mass index. *Obesity*. 2013. № 21 (7). P. 1307 – 1312.
6. Kruse H., Berit R., Heitmann L., Sørensen Th.I.A. (2020) Adverse labour market impacts of childhood and adolescence overweight and obesity in Western societies-A literature review // *Obes Rev.* 2020. № 21 (8). P. e13026. <https://doi.org/10.1111/obr.13026>
7. Kim J.-E., Hsieh M.-H., Soni B.K. et al. (2013) Childhood obesity as a risk factor for bone fracture: A mechanistic study // *Obesity*. 2013. № 21 (7). P. 1459 – 1466.
8. Салехов С.А., Салехова М.П. Патогенетические особенности развития метаболического синдрома при ожирении // *Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке*. 2016. Т. 18. № 1. С. 271 – 276.
9. Гулов М.К., Абдуллоев С.М., Салехова М.П., и соавт. Патогенетическая роль психологического стресса в развитии ожирения // *International journal of medicine and psychology/Международный журнал медицины и психологии*. 2020. Т. 3. № 4. С. 128 – 133.
10. Salekhov S.A., Gordeev M.N., Salekhova Y.S., Korabelnikova I.A. Influence of emotional and informational factors in implementation of coping strategies in psychological stress // *ISJ Theoretical & Applied Science*, 2015. № 11 (31). P. 147 – 154. Doi:<http://dx.doi.org/10.15863/TAS.2015.11.31.24>
11. Салехов С.А., Барикова А.Р., Яблочкина Е.С. /Роль психологического стресса, его энергетического обеспечения и социальной иммобилизации в развитии психосоматики (интегративный подход) // *Антология Российской психотерапии и психологии*. Вып. 7. Международный конгресс, СПб, 22-24 марта 2019. С. 161 – 162.
12. Ухтомский А.А. Доминанта как рабочий принцип нервных центров // *Русск. физиол. журн.* 1923. Т. VI. вып. 1-3. С. 31 – 45.
13. Гарданова Ж.Р., Салехов С.А., Есаулов В.И., и соавт. Особенности влияния психоэмоционального стресса во время беременности на формирование пищевого поведения у ребенка // *Исследования и практика в медицине*. 2016. № 3 (1). P. 24 – 29. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2016-3-1-3>
14. Salekhov S.A., Esaulov V.I., Yablochkina S.O. Influence of expectant mothers negative stress on coping strategy and their energy supply forming // *ISJ Theoretical & Applied Science*. 2015. № 10 (30). P. 111 – 116. Soi: <http://s-o-i.org/1.1/TAS-10-30-24> Doi: <http://dx.doi.org/10.15863/TAS.2015.10.30.24>.

15. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. 2-е изд. СПб.: Питер, 2012. 253 с.
16. Салехов С.А., и соавт. Способ исследования влияния острого эмоционально-иммобилизационного стресса во время беременности на развитие ожирения у потомства в эксперименте // Заявка о выдаче патента РФ на изобретение 2021111106, от 20.04.2021.

References

1. Poulsen P.H., Biering K., Winding T.N. et al. How does childhood socioeconomic position affect overweight and obesity in adolescence and early adulthood: a longitudinal study. *BMC Obes* 5, 34 (2018). <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0210-8>
2. Salekhov S.A. Psihoemocional'naya informacionno-energeticheskaya teoriya ozhireniya: Velikij Novgorod-Almaty, 2014. 180 s.
3. Wang Y., Beydoun M.A. The obesity epidemic in the United States-gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systematic review and meta-regression analysis. *Epidemiol Rev.* 2007. № 29. P. 6 – 28.
4. Veber V.R., Kopina M.N. Ozhirenie (etiologiya, patogenez, klinicheskie rekomendacii. Velikij Novgorod, 2011. 203 s.
5. Lin H., Carr K.A., Fletcher K.D., Epstein L.H. Food reinforcement partially mediates the effect of socioeconomic status on body mass index. *Obesity*. 2013. № 21 (7). P. 1307 – 1312.
6. Kruse H., Berit R., Heitmann L., Sørensen Th.I.A. (2020) Adverse labour market impacts of childhood and adolescence overweight and obesity in Western societies-A literature review. *Obes Rev.* 2020. № 21 (8). P. e13026. <https://doi.org/10.1111/obr.13026>
7. Kim J.-E., Hsieh M.-H., Soni B.K. et al. (2013) Childhood obesity as a risk factor for bone fracture: A mechanistic study. *Obesity*. 2013. № 21 (7). P. 1459 – 1466.
8. Salekhov S.A., Salekhova M.P. Patogeneticheskie osobennosti razvitiya metabolicheskogo sindroma pri ozhireнии. *ZHurnal nauchnyh statej Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke*. 2016. T. 18. № 1. S. 271 – 276.
9. Gulov M.K., Abdulloev S.M., Salekhova M.P., i soavt. Patogeneticheskaya rol' psihologicheskogo stressa v razvitii ozhireniya. *International journal of medicine and psychology. Mezhdunarodnyj zhurnal mediciny i psihologii*. 2020. T. 3. № 4. S. 128 – 133.
10. Salekhov S.A., Gordeev M.N., Salekhova Y.S., Korabelnikova I.A. Influence of emotional and informational factors in implementation of coping strategies in psychological stress. *ISJ Theoretical & Applied Science*, 2015. № 11 (31). P. 147 – 154. Doi:<http://dx.doi.org/10.15863/TAS.2015.11.31.24>
11. Salekhov S.A., Barikova A.R., Yablochkina E.S. /Rol' psihologicheskogo stressa, ego energeticheskogo obespecheniya i social'noj immobilizacii v razvitii psihosomatiki (integrativnyj podhod). *Antologiya Rossijskoj psihoterapii i psihologii*. Vyp. 7. Mezhdunarodnyj kongress, SPb, 22-24 marta 2019. S. 161 – 162.
12. Uhtomskij A.A. Dominanta kak rabochij princip nervnyh centrov. *Russk. fiziol. zhurn.* 1923. T. VI. vyp. 1-3. S. 31 – 45.
13. Gardanova ZH.R., Salekhov S.A., Esaulov V.I., i soavt. Osobennosti vliyaniya psihoemocional'nogo stressa vo vremya beremennosti na formirovanie pishchevogo povedeniya u rebenka. *Issledovaniya i praktika v medicine*. 2016. № 3 (1). P. 24 – 29. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2016-3-1-3>
14. Salekhov S.A., Esaulov V.I., Yablochkina S.O. Influence of expectant mothers negative stress on coping strategy and their energy supply forming. *ISJ Theoretical & Applied Science*. 2015. № 10 (30). P. 111 – 116. Soi: <http://s-o-i.org/1.1/TAS-10-30-24> Doi: <http://dx.doi.org/10.15863/TAS.2015.10.30.24>
15. SHCHerbatyh YU.V. Psihologiya stressa i metody korrekcii. 2-e izd. SPb.: Piter, 2012. 253 s.
16. Salekhov S.A., i soavt. Sposob issledovaniya vliyaniya ostrogo emocional'no-immobilizacionnogo stressa vo vremya beremennosti na razvitie ozhireniya u potomstva v eksperimente. *Zayavka o vydache patenta RF na izobrenie* 2021111106, ot 20.04.2021.

*Abdulloev S.M., Candidate of Medical Sciences (Ph.D.),
Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino, Tajikistan*

PATHOGENETIC FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF ALIMENTARY OBESITY IN THE BACKGROUND OF PSYCHOLOGICAL STRESS

Abstract: an analysis of the results of a questionnaire survey of 100 women of reproductive age (average age 28.4 ± 3.8 years) was carried out in order to identify the characteristics of eating behavior and weight dynamics in connection with stressful situations. This allowed us to identify the frequency of "stress seizure" and its effect on weight gain in stressful situations. The criterion for the selection of the survey participants was a test to determine the level of stress by Yu.V. Shcherbatykh. All study participants signed informed consent and a non-disclosure agreement. A comparative analysis of the results of the questionnaire showed that the overwhelming majority of respondents under stress had a "stress seizure". At the same time, during stress, 12 ($12.0 \pm 3.2\%$) noted a decrease in appetite up to refusal of food, which was significantly less than the number of participants with eating behavior "stress eating" ($P < 0.05$). When performing the experimental stage of research on 20 female rats of the "Wistar" line, the effect of acute emotional-immobilization stress during pregnancy on the development of obesity in offspring was studied. Experimental studies in accordance with the "Rules for Conducting Research Using Experimental Animals" of the Ministry of Health of the Russian Federation. In total, 2 series of experiments were carried out. In series I, in 10 animals during pregnancy, modeling of acute emotional-immobilization stress was not performed (standard indicators). The number of newborns was 65. In series II, 10 animals were modeled for acute emotional-immobilization stress during pregnancy. The number of newborns - 62. The modeling of acute emotional-immobilization stress in pregnant women and the assessment of its pathogenetic role in the development of AO was carried out according to our methodology. It was found that immediately after giving birth and 1 week after that, the body weight of the offspring was significantly higher in series I, where the modeling of acute emotional-immobilization stress during pregnancy was not performed ($P < 0.05$). In 2 and 3 weeks after childbirth, with the introduction of additional complementary foods, a more rapid increase in the body weight of the offspring was noted in series II, where acute emotional immobilization stress was simulated during pregnancy. At the same time, the indicators in the II series did not significantly exceed the indicators in the I ($P > 0.05$). After 4 weeks, body mass indices in series II did not significantly exceed the results in series I ($P < 0.05$). At the same time, the differences between the study groups progressively increased. 10 weeks after childbirth, the body weight of each of the offspring in series II, where acute emotional-immobilization stress was simulated during pregnancy, exceeded those in series I by $21.3 \pm 1.6\%$. This indicated the development of alimentary obesity in series II. It is advisable to continue research in this direction.

Keywords: stress level, test of Yu.V. Shcherbatykh, eating behavior, alimentary obesity, experimental stress, stress of pregnant women, obesity of offspring

**Коновалова М.В., кандидат медицинских наук, ассистент,
Воробцова И.Н., кандидат медицинских наук, ассистент,
Васильев В.В., кандидат медицинских наук, ассистент,
Курдынко Л.В., заведующий отделением Перинатального центра,
Шалоня Н.В., клинический ординатор,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет МЗ РФ**

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Аннотация: для проведения ЭКО было направлено 132 пациентки, у которых диагноз трубное бесплодие был подтвержден результатами эхогистеросальпингографии, в сочетании с внутримышечным введением спазмолитиков. Предварительное обследование этих больных с целью выявления функциональной рефлкторной обструкции маточных труб позволило установить, что она имело место у 63 (47,7±4,7%). При этом у 12 больных условная проходимость была сохранена с одной стороны, а у 8 пациенток ранее была произведена односторонняя тубэктомия по поводу гинекологической патологии. Эти женщины были включены в программу по исследованию транспортной функции маточных труб. Соответственно, было проведено исследование транспортной функции 106 маточных труб у 63 пациенток при функциональном рефлкторном трубном бесплодии, результаты которого легли в основу нашей работы. Все участницы исследования подписали информированное согласие на участие в программе и соглашение о конфиденциальности личных данных и протоколах исследования. Установлено, что общее количество больных с условно сохраненной проходимостью маточных труб, на фоне их рефлкторной обструкции и сохраненной транспортной функцией составило 35,6±5,4%. Это свидетельствует о патогенетической значимости комплексного обследования с обязательной оценкой транспортной функции маточных труб, поскольку при адекватном сопровождении, сохраняется вероятность наступления беременности у этих больных без применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: трубно-перитонеальное бесплодие, экстракорпоральное оплодотворение, эхогистеросальпингография, рефлкторное трубное бесплодие, проходимость маточных труб, транспортная функция маточных труб

Исследованиям дисфункциональных нарушений репродуктивной функции посвящено большое число научных публикаций, в которых рассматриваются различные аспекты этой проблемы. При этом интерес к данной проблематике не стихает, а напротив, неуклонно растет, что свидетельствует об актуальности и перспективности изучения различных патогенетических механизмов бесплодия [1, 2, 3].

Следует отметить, что частота дисфункциональных нарушений репродуктивных нарушений достаточно равномерно распространена как у женщин, так и мужчин. То есть, гендерная принадлежность не играет существенной роли в приоритетности развития бесплодия [3, 4, 5].

В нашей работе фокус внимания был направлен на нарушение репродуктивной функции женщин, в частности на трубное бесплодие. При этом репродуктивные потери оказывают влияние на демографические и социальные показатели, оказывают влияние на экономическое развитие, а по сути охватывают все сферы жизни современного человека [2, 7].

Именно поэтому исследования, направленные на сохранение и восстановление репродуктивного

здоровья женщины, были и остаются приоритетными не только в гинекологии, но и медицины в целом [1, 8].

Учитывая неуклонный рост инфекционной воспалительной гинекологической патологии [9, 10], закономерным становится параллельное увеличение частоты функциональных нарушений и изменения морфологической структуры маточных труб [11].

Заслуживает внимания то, что причинами трубного бесплодия могут быть нарушения проходимости и транспортной функции маточных труб, обусловленные интрамуральными морфологическими изменениями и микроциркуляторной недостаточностью трофики, как последствия перенесенных воспалительных гинекологических заболеваний [11, 12]. При этом, даже при минимальных морфологических интрамуральных изменениях в маточных трубах, появление застойных очагов патологической импульсации на фоне хронического воспалительного процесса создает предпосылки для дисфункции их моторной и эвакуаторной функции.

Большое внимание в решении проблемы трубно-перитонеального бесплодия принадлежит

вспомогательным репродуктивным технологиям и хирургическому лечению [11, 13, 14].

Следует отметить, что на фоне развития мини-инвазивных лапароскопических технологий в различных областях оперативной медицины [15, 16], их применение в гинекологической практике открыло новые перспективы в хирургическом лечении нарушении проходимости маточных труб. При этом в оперативной гинекологии во время выполнения реконструктивных хирургических пособий применяются как прецизионные, так и лапароскопические операции [3, 7, 11, 12].

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) в ряде случаев позволяют решить проблему бесплодного брака без восстановления морфологической структуры, моторной активности и проходимости маточных труб.

Соответственно, результаты полноценного предварительного обследования, позволяющие адекватно оценить как наличие морфологических нарушений, приводящих к обструкции маточных труб, играют определяющую роль в выборе стратегии и тактике лечения трубного бесплодия.

В настоящее время значительно возросла значимость ультразвукового исследования в выявлении трубного фактора бесплодия, позволяющего уточнить диагноз в on-line режиме. При этом ультразвуковое исследование рекомендуется проводить на фоне препаратов, обеспечивающих снижение мышечного тонуса, что повышает достоверность полученных результатов [17].

В тоже время, ультразвуковые методы исследования позволяют выявить органические морфологические изменения и признаки обструктивного трубного бесплодия, но не способны выявить и оценить значимость функциональных факторов, что ограничивает чувствительность достоверность полученных результатов.

Более того, применение спазмолитиков перед исследованием не оказывает влияния на развитие функциональных нарушений, обусловленных реализацией периферических патологических генитально-генитальных, висцерально-генитальных и других рефлексов, замыкающихся на уровне региональных нервных сплетений и поясничного отдела спинного мозга [3, 11]. То есть результаты обследования не оказывают существенного влияния на расширение диагностической достоверности при оценке показаний к оперативному лечению. При этом само применение спазмолитиков перед исследованием предполагает устранение рефлекторного компонента при диагностике обструкции маточных труб.

Цель: обоснование патогенетической целесообразности выявления транспортной дисфункции

маточных труб при диагностике трубного бесплодия.

Материалы и методы

Теоретическое обоснование концепции функционального рефлекторного трубного бесплодия базируется на развитии патологических рефлексов, в основе которых лежит передача патологической импульсации, в соответствии с принципами конвергенции и дивергенции, из первичного очага к матке и придаткам, связанных с ним общими источниками иннервации. Это приводит к рефлекторному функциональному гипертонусу миометрия и мышечного слоя маточных труб, что сопровождается к обструкции и нарушению моторной и эвакуаторной функции маточных труб.

На основании этого были разработаны принципы дифференциальной диагностики различных вариантов кардиально-абдоминальных и кардиально-спинальных рефлексов с кардиогенной ишемией миокарда [18, 19].

Всего для проведения ЭКО было направлено 132 пациентки, у которых диагноз трубное бесплодие был подтвержден результатами эхогистеросальпингографии, в сочетании с внутримышечным введением спазмолитиков.

Однако, с учетом вероятности рефлекторной обструкции маточных труб было проведено дополнительное обследование по методике, защищенной патентом РФ на изобретение №2522395, позволяющей выявить рефлекторное нарушение проходимости фаллопиевых труб в истмическом отделе [20].

Предварительное обследование этих больных с целью выявления функциональной рефлекторной обструкции маточных труб позволило установить, что она имело место у 63 (47,7±4,7%). При этом у 12 больных условная проходимость была сохранена с одной стороны, а у 8 пациенток ранее была произведена односторонняя тубэктомия по поводу гинекологической патологии. Эти женщины были включены в программу по исследованию транспортной функции маточных труб.

Соответственно, было проведено исследование транспортной функции 106 маточных труб у 63 пациенток при функциональном рефлекторном трубном бесплодии, результаты которого легли в основу нашей работы.

Все участницы исследования подписали информированное согласие на участие в программе и соглашение о конфиденциальности личных данных и протоколах исследования.

Средний возраст женщин составил 28,5±3,4 года.

Всем участницам исследования ранее неоднократно проводили курсы лечения по поводу не-

специфических воспалительных заболеваниях придатков матки (НВЗПМ).

Согласно протоколу обследования, были проведены диагностические тесты (ПЦР, ИФА) на расширенный спектр урогенитальных инфекций (УГИ). При положительных результатах обследования пациенток в программу исследования не включали.

Методика определения рефлекторной обструкции маточных труб предусматривает проведение эогистеросальпингографии в динамике на фоне контрастирования с применением анэхогенного либо гиперэхогенного контраста. После этого производили с двух сторон блокаду по Лорену-Эпштейну, с введением с каждой стороны Sol. Novocaini по 10,0-15,0 мл 0,25%, обладающего местно-анестезирующим действием. После этого, иногда практически во время блокады, либо в течение 5-10 минут после нее при наличии рефлекторного нарушения проходимости маточных труб на фоне спазма миометрия в зоне их истмических отделов отмечается контрастирование маточных труб и поступление контраста в брюшную полость. Это происходило за счет ликвидации спазма в углах матки обеспечивает восстановление мышечного тонуса и проходимости просвета маточной трубы. По сути, это исключает диагноз обструктивное трубное бесплодие, но не учитывает моторную и эвакуаторную функцию маточных труб.

Для оценки моторной и эвакуаторной функции маточных труб применяли оригинальную методику, которая позволяет оценить транспорт из

брюшной полости в матку. Сначала производят пункцию заднего свода влагалища и вводят в брюшную полость окрашенный раствор. После этого, во время проведения гистероскопии в зоне внутренних отверстий маточных труб в полости матки устанавливают катетеры, которые через цервикальный канал и влагалище выводят наружу, маркируют с учетом локализации их нахождения и фиксируют на внутренней поверхности бедра. После этого, с двух сторон производят по Лорену-Эпштейну, пункционно вводя в паховый канал по 15,0 мл с каждой стороны Sol. Novocaini 0,25-0,5% с интервалом 4-6 часов в течение суток. Через 24 часа катетеры извлекают и при поступлении окрашенного раствора в просвет катетера расценивают как сохраненную транспортную функцию маточных труб. В том числе и их истмических отделах. При отсутствии окрашенного раствора в просвете катетера имеет место нарушение моторной и эвакуаторной функции маточной трубы [21].

Статистическую обработку полученного материала производили с использованием методов вариационной статистики по Стьюденту.

Результаты исследования

Анализ предварительного обследования 132 больных с диагнозом трубное бесплодие, направленных для проведения ЭКО, показал, что у 63 (47,7±4,7%) из них имела место рефлекторная обструкция маточных труб за счет рефлекторного спазма миометрия в их истмических отделах. То есть, по сути у участниц исследования маточные трубы были условно проходимы (табл. 1).

Таблица 1

Транспортная функция маточных труб

Исследуемый показатель	ЭГСГ		Ds: функциональной непроходимости		Ds транспортная дисфункция	
	Абс.	М±m%	Абс.	М±m%	Абс.	М±m%
Направленные на ЭКО	132	100	-	-	-	-
Рефлекторная обструкция	-	-	63	47,7±4,7*	-	-
Органическая обструкция			69	52,3±4,7*		
Транспортная дисфункция (n=63)						
Количество пациентов					16	25,4±5,4*
Количество труб (n=106)	-	-	-	-	20	18,9±3,7*
Транспортная функция сохранена (n=63)						
Количество пациентов					47	74,6±5,4*
Количество труб (n=106)	-	-	-	-	86	81,1±3,7*

* - достоверность различий с показателями при поступлении

Сравнительный анализ результатов дополнительного обследования показал, что у достоверно значимого числа больных ($P<0,05$) была выявлена рефлекторная причина обструкции маточных труб, которые можно считать условно проходимыми.

Следует отметить, что несмотря на достоверно меньшее количество больных при наличии ре-

флекторной обструкции имело сохраненную моторную и эвакуаторную активность маточных труб ($P<0,05$), общее количество больных с сохраненной транспортной функцией достоверно превышало количественные показатели пациентов с ее нарушением ($P<0,05$).

Особого внимания заслуживает то, что общее количество больных с условно сохраненной проходимостью маточных труб, на фоне их рефлексорной обструкции и сохраненной транспортной функцией составило $35,6 \pm 5,4\%$. Это свидетельствует о патогенетической значимости комплекс-

ного обследования с обязательной оценкой транспортной функции маточных труб, поскольку при адекватном сопровождении, сохраняется вероятность наступления беременности у этих больных без применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Литература

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 616 с.
2. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова, Л.Н. Кузьмичева. М.: Медицинское информационное агентство, 2005. 592 с.
3. Салехов С.А., Корабельникова И.А., Гайдуков С.Н. и соавт. Патогенетические особенности низкой эффективности внутриматочной инсеминации // International Journal of Medicine and Psychology, 2020. Т. 3. № 2. С. 130 – 136.
4. Рутинский А.И. Особенности диагностики идиопатического мужского бесплодия (обзор литературы) // Медико-социальные проблемы семьи. 2013. № 18 (1). С. 116 – 121.
5. Jung J.H., Seo J.T. Empirical medical therapy in idiopathic male infertility: Promise or panacea? // Clin Exp Reprod Med. 2014. № 41 (3). P.108 – 114.
6. Shaw J.L., Dey S.K., Critchley H.O. et al. Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy // Hum Reprod Update. 2010. Vol. 16. P. 432 – 444.
7. Kulkarni G., Mohanty N.C., Mohanty I.R. et al. Survey of reasons for discontinuation from in vitro fertilization treatment among couples attending infertility clinic // J Hum Reprod Sci. 2014 Oct-Dec. № 7 (4). P. 249 – 254 PMID: 25624660.
8. Назаренко Т.А., Дуранян Е.Р., Перминова С.Г. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин // Журнал для практических врачей. Гинекология. 2004. Т. 6. № 6. С. 323 – 325.
9. Воробцова И.Н., Коновалова М.В., Васильев В.В., Курдынко Л.В. Патогенетические особенности нисходящего распространения персистирующей хламидийной инфекции после медицинского аборта // International Journal of Medicine and Psychology. 2020. Т. 3. № 1. С. 122 – 126.
10. Салимова С.С., Жубаева Г.С., Жукембаева А.М., Капарова К.М., Коновалова М.В., Скородумова Е.А. Локальная эндогенная интоксикация при бактериальном вагинозе // International Journal of Medicine and Psychology. 2019. Т. 2. № 3. С. 16 – 20.
11. Корабельникова И.А., Коновалова М.В., Швындина А.А., Соколова М.Е., Цыплакова К.А. Диагностика рефлекторного нарушения проходимости фаллопиевых труб // International Journal of Medicine and Psychology, 2019. Т. 2. № 3. С. 11 – 15.
12. Novy M.J. Tubal surgery of IVF – making the best choice in the 1990s. Int. J. Fertil // Menopausal Stud. 1995. № 40 (6). P. 292 – 297.
13. Рищук С.В., Мирский В.Е. Состояние здоровья детей и особенности течения беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий // TERRA MEDICA NOVA, 2010. № 1. С. 34 – 37.
14. Chambers G.M., Sullivan E.A., Ishihara O., Chapman M.G., Adamson G.D. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries // Fertil Steril. 2009. № 91 (6). P. 2281 – 2294.
15. Калмыков Е.Л., Гулов М.К., Капустин Б.Б., и соавт. К вопросу о мини-инвазивной хирургии эхинококкоза печени // Новости хирургии. 2019. Т. 27. № 5. С. 563 – 573.
16. Достаев А.Р., Гулов М.К. Современность и перспективы неинвазивного вспомогательного кровообращения // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2005. № 3. С. 72.
17. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. М.: МЕДИКА, 2005. 292 с.
18. Вебер В.Р., Салехова М.П., Корабельников А.И., и соавт. Способ дифференциальной диагностики кардиогенной ишемии миокарда и энтерально-кардиального тормозного рефлекса // Патент на изобретение RU 2535621 C1, 20.12.2014. Заявка № 2013147239/14 от 22.10.2013.
19. Корабельников А.И., Салехов С.А., Салехова М.П., Вебер В.Р. Способ дифференциальной диагностики абдоминальной формы инфаркта миокарда и острого холецистита // Патент на изобретение RU 2190347 C2, 10.10.2002. Заявка № 99102829/14 от 15.02.1999.

20. Салехов С.А., Гайдуков С.Н., Ищенко Е.В. и соавт. Способ диагностики проходимости маточных труб при бесплодии // Патент РФ № 2522395; опубликован 10.07.2014.

21. Салехов С.А., Гайдуков С.Н., Ищенко Е.В. и соавт. Способ исследования транспортной функции маточных труб при бесплодии // Патент РФ №2524306, опубликован 27.07.2014.

References

1. Besplodnyj brak. Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniyu. Pod red. V.I. Kulakova. M.: GEOTAR-Media, 2005. 616 s.

2. Lechenie zhenskogo i muzhskogo besplodiya. Vspomogatel'nye reproduktivnye tekhnologii. Pod red. V.I. Kulakova, B.V. Leonova, L.N. Kuz'micheva. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2005. 592 s.

3. Salekhov S.A., Korabel'nikova I.A., Gajdukov S.N. i soavt. Patogeneticheskie osobennosti nizkoj effektivnosti vnutrimatochnoj inseminacii. International Journal of Medicine and Psychology, 2020. T. 3. № 2. S. 130 – 136.

4. Rutinskij A.I. Osobennosti diagnostiki idiopaticeskogo muzhskogo besplodiya (obzor literatury). Mediko-social'nye problemy sem'i. 2013. № 18 (1). S. 116 – 121.

5. Jung J.H., Seo J.T. Empirical medical therapy in idiopathic male infertility: Promise or panacea? Clin Exp Reprod Med. 2014. № 41 (3). P.108 – 114.

6. Shaw J.L., Dey S.K., Critchley H.O. et al. Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy. Hum Reprod Update. 2010. Vol. 16. P. 432 – 444.

7. Kulkarni G., Mohanty N.C., Mohanty I.R. et al. Survey of reasons for discontinuation from in vitro fertilization treatment among couples attending infertility clinic. J Hum Reprod Sci. 2014 Oct-Dec. № 7 (4). P. 249 – 254 PMID: 25624660.

8. Nazarenko T.A., Duranyan E.R., Perminova S.G. Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniyu besplodiya u zhenshchin. ZHurnal dlya prakticheskikh vrachej. Ginekologiya. 2004. T. 6. № 6. S. 323 – 325.

9. Vorobcova I.N., Konovalova M.V., Vasil'ev V.V., Kurdyanko L.V. Patogeneticheskie osobennosti niskhodyashchego rasprostraneniya persistiruyushchej hlamidijnoj infekcii posle medicinskogo aborta. International Journal of Medicine and Psychology. 2020. T. 3. № 1. S. 122 – 126.

10. Salimova S.S., ZHubaeva G.S., ZHukembaeva A.M., Kaparova K.M., Konovalova M.V., Skorodumova E.A. Lokal'naya endogennaya intoksikaciya pri bakterial'nom vaginoze. International Journal of Medicine and Psychology. 2019. T. 2. № 3. S. 16 – 20.

11. Korabel'nikova I.A., Konovalova M.V., SHvyndina A.A., Sokolova M.E., Cyplakova K.A. Diagnostika reflektornogo narusheniya prohodimosti fallopievyh trub. International Journal of Medicine and Psychology, 2019. T. 2. № 3. S. 11 – 15.

12. Novy M.J. Tubal surgery of IVF – making the best choice in the 1990s. Int. J. Fertil. Menopausal Stud. 1995. № 40 (6). P. 292 – 297.

13. Rishchuk S.V., Mirskij V.E. Sostoyanie zdorov'ya detej i osobennosti techeniya beremennosti posle primeneniya vspomogatel'nyh reproduktivnyh tekhnologij. TERRA MEDICA NOVA, 2010. № 1. S. 34 – 37.

14. Chambers G.M., Sullivan E.A., Ishihara O., Chapman M.G., Adamson G.D. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. Fértil Steril. 2009. № 91 (6). P. 2281 – 2294.

15. Kalmykov E.L., Gulov M.K., Kapustin B.B., i soavt. K voprosu o mini-invazivnoj hirurgii ekhinokokkoza pecheni. Novosti hirurgii. 2019. T. 27. № 5. S. 563 – 573.

16. Dostaev A.R., Gulov M.K. Sovremennost' i perspektivy neinvazivnogo vspomogatel'nogo krovoobrashcheniya. Vestnik transplantologii i iskusstvennyh organov. 2005. № 3. S. 72.

17. Ozerskaya I.A. Ekhografiya v ginekologii. M.: MEDIKA, 2005. 292 s.

18. Veber V.R., Salekhova M.P., Korabel'nikov A.I., i soavt. Sposob differencial'noj diagnostiki kardiogennoj ishemii miokarda i enteral'no-kardial'nogo tormoznogo refleksa. Patent na izobretenie RU 2535621 C1, 20.12.2014. Zayavka № 2013147239/14 ot 22.10.2013.

19. Korabel'nikov A.I., Salekhov S.A., Salekhova M.P., Veber V.R. Sposob differencial'noj diagnostiki abdominal'noj formy infarkta miokarda i ostrogo holecistita. Patent na izobretenie RU 2190347 C2, 10.10.2002. Zayavka № 99102829/14 ot 15.02.1999.

20. Salekhov S.A., Gajdukov S.N., Ishchenko E.V. i soavt. Sposob diagnostiki prohodimosti matochnykh trub pri besplodii. Patent RF № 2522395; опубликован 10.07.2014.

21. Salekhov S.A., Gajdukov S.N., Ishchenko E.V. i soavt. Sposob issledovaniya transportnoj funkicii matochnykh trub pri besplodii. Patent RF №2524306, опубликован 27.07.2014.

*Konovalova M.V., Candidate of Medical Sciences (Ph.D.), Assistant Professor,
Vorobtsova I.N., Candidate of Medical Sciences (Ph.D.), Assistant Professor,
Vasilyev V.V., Candidate of Medical Sciences (Ph.D.), Assistant Professor,
Kurdynko L.V., Head of the Department of Perinatal center,
Shalonya N.V., Clinical Resident,
St. Petersburg State Pediatric Medical University
Ministry of Health of the Russian Federation*

PATHOGENETIC JUSTIFICATION OF THE STUDY OF THE TRANSPORTATION FUNCTION OF THE UTERINE TUBES IN INFERTILITY

Abstract: 132 patients were referred for IVF, in whom the diagnosis of tubal infertility was confirmed by the results of echohysterosalpingography, in combination with intramuscular administration of antispasmodics. Preliminary examination of these patients in order to identify functional reflex obstruction of the fallopian tubes made it possible to establish that it took place in 63 (47.7 ± 4.7%). At the same time, in 12 patients, conditional patency was preserved on one side, and in 8 patients, unilateral tubectomy was previously performed for gynecological pathology. These women were included in the program for the study of the transport function of the fallopian tubes. Accordingly, a study of the transport function of 106 fallopian tubes was carried out in 63 patients with functional reflex tubal infertility, the results of which formed the basis of our work. All study participants signed an informed consent to participate in the program and an agreement on the confidentiality of personal data and study protocols. It was found that the total number of patients with conditionally preserved patency of the fallopian tubes against the background of their reflex obstruction and preserved transport function was 35.6 ± 5.4%. This indicates the pathogenetic significance of a comprehensive examination with a mandatory assessment of the transport function of the fallopian tubes, as with adequate support, the likelihood of pregnancy in these patients remains without the use of assisted reproductive technologies.

Keywords: tubal-peritoneal infertility, in vitro fertilization, echohysterosalpingography, reflex tubal infertility, patency of the fallopian tubes, transport function of the fallopian tubes

*Мельников И.А., врач-репродуктолог,
Институт репродуктивной медицины, г. Алматы, Республика Казахстан,
Салехов С.А., доктор медицинских наук, профессор,
Корабельникова И.А., клинический психолог,
Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого,
Гайдуков С.Н., доктор медицинских наук, профессор,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический,
медицинский университет МЗ РФ*

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА В СНИЖЕНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ СПЕРМЫ

Аннотация: была выдвинута гипотеза о том, что на фоне психологического стресса, обусловленного карантинными мероприятиями по поводу пандемии COVID-19 будет снижаться фертильность спермы. Проанализированы изменения результатов психологического тестирования и показателей спермограммы до начала и после завершения карантина по поводу COVID-19 у 46 мужчин, включенных в программы ВРТ. Все участники исследования подписали информированное согласие и, дополнительно, соглашение о неразглашении личных данных. Критериями для анализа являлись, полученные до и после карантина по поводу COVID-19: 1. Результаты теста определения уровня стресса Ю.В. Щербатых, который позволяет оценить влияние стресса на человека с позиции его биопсихосоциального существования; 2. Показатели спермограммы. В нашем исследовании рассматривались мужчины, у которых после завершения карантина результаты полимеразно-цепной реакции (ПЦР) и определения IgM и IgG к COVID-19 были отрицательными. В эксперименте на 25 кроликах-самцах породы белый великан было проведено исследование влияния острого эмоционально-иммобилизационного стресса на фертильность спермы в эксперименте. Сравнительный анализ результатов спермограммы после моделирования в течение 7 суток острого эмоционально-иммобилизационного стресса показал, что под воздействием стрессовой нагрузки отмечалось достоверное уменьшение не только общего количества сперматозоидов и их подвижности, но и морфологической структуры спермиев, что свидетельствовало о негативном влиянии острого эмоционально-иммобилизационного стресса на фертильность спермы. В ответ на воздействие психологических стрессоров происходит активация симпатoadреналовой системы, сопровождающаяся периферическим ангиоспазмом, в том числе и семенниках. Это приводит к гипоксии, нарушению транспорта в цепи передачи электронов и их утечке. На этом фоне инициируется появление активных форм кислорода, а оксидативный стресс будет последствием первичного внешнего психологического воздействия. Развитие оксидативного стресса будет негативно сказываться на фертильности спермы. Что позволяет обосновать патогенетическое значение психологического стресса, как негативного фактора влияющего на фертильность спермы.

Ключевые слова: психологический стресс, уровень стресса, фертильность спермы, карантин, COVID-19, экспериментальный стресс, оксидативный стресс

Нарушение репродуктивной функции и увеличение частоты бесплодных браков неуклонно растет. При этом акцент в подавляющем большинстве случаев делается на женское бесплодие, в то время как мужской фактор имеет не менее важное значение [1, 2, 3].

Особое место в исследовании данной проблемы занимает идиопатическое мужское бесплодие, при котором на фоне отсутствия значимых изменений результатов обследования, в том числе и гормонального фона результаты спермограммы свидетельствуют о снижении фертильности спермы [4, 5, 6].

Следует отметить, что, особенно при идиопатическом мужском бесплодии, не всегда удается выявить этиологические факторы, приводящие к нарушению фертильности спермы [7]. При этом большой интерес привлекло изучение негативного

влияния стресса на репродуктивную функцию мужчин, в первую очередь оксидативного стресса как патогенетически значимого фактора снижения фертильности спермы [8, 9]. Именно увеличение содержания в сперме активных форм кислорода (АФК) рассматривают как причину снижения ее фертильности [10, 11].

В тоже время, рассматривая оксидативный стресс как самостоятельный феномен не правомочно, поскольку с одной стороны он имеет безусловную значимость в нарушении фертильности спермы, а с другой является следствием воздействия на организм внешних стрессоров, которые в свою очередь приводят к его развитию [12, 13]. При этом приоритетными стрессорами, характерными для современного образа жизни стали эмоциональный и информационный факторы, которые в сочетании с «социальной иммобилизацией» ад-

ресованные непосредственно к центральной нервной системе (ЦНС) [12, 14, 15].

В то же время, биологическое реагирование на воздействие психологических стрессоров, согласно концепции об общем адаптационном синдроме Н. Selye (1935), осталось однотипным [16].

Введение в начале 2020 года карантина по поводу пандемии COVID-19 явилось полной неожиданностью и психологическим стрессом, интенсивность которого нарастала на фоне нагнетания истерии в средствах массовой информации [17].

В контексте нашей работы, учитывая, что мужской фактор имеет большое значение в этиопатогенезе бесплодного брака, мы сконцентрировали фокус внимания на изучении влияния психологического стресса, обусловленного карантином по поводу COVID-19 на фертильности спермы у мужчин, не подвергшихся инфицированию коронавирусной инфекцией. При этом особый интерес представляют экспериментальные исследования по изучению влияния психологического стресса на фертильность спермы.

Цель: Изучить патогенетическое значение психологического стресса в снижении фертильности спермы.

Материалы и методы исследования

Была выдвинута гипотеза о том, что на фоне психологического стресса, обусловленного карантинными мероприятиями по поводу пандемии COVID-19 будет снижаться фертильность спермы.

Проанализированы изменения результатов психологического тестирования и показателей спермограммы до начала и после завершения карантина по поводу COVID-19 у 46 мужчин, включенных в программы ВРТ. Все участники исследования подписали информированное согласие и, дополнительно, соглашение о неразглашении личных данных.

Критериями для анализа являлись, полученные до и после карантина по поводу COVID-19:

1. Результаты теста определения уровня стресса Ю.В. Щербатых [18], который позволяет оценить влияние стресса на человека с позиции его биопсихосоциального существования;

2. Показатели спермограммы.

В нашем исследовании рассматривались мужчины, у которых после завершения карантина результаты полимеразно-цепной реакции (ПЦР) и определения IgM и IgG к COVID-19 были отрицательными.

Тест на определение уровня стресса (по В. Ю. Щербатых) основан на оценке различных проявлений реакции на внешние воздействия и состоит из опросника, содержащего 4 шкалы. Каждая из этих шкал, в свою очередь содержит 12 вопросов, отражающих различные аспекты биопсихосоци-

ального существования человека. Физиологические параметры отражают биологическую составляющую; эмоциональные и интеллектуальные параметры соответствуют психическому состоянию, а поведенческие паттерны обусловлены выполнением социальных норм и правил.

Суммарный показатель положительных ответов оценивают в баллах, что позволяет определить уровень стресса в данный момент времени. Так, 0-5 баллов – оценивают как отсутствие значимого стресса; 6-12 баллов – умеренный стресс (компенсация – баланс труд/отдых; 13-24 баллов – выраженный эмоционально-физиологический стресс в фазе компенсации/субкомпенсации, требующий применения технологий совладания со стрессом; 25-40 баллов – сильный стресс в фазе субкомпенсации, когда необходима квалифицированная психологическая помощь, поскольку при нарастании стресса возможна декомпенсация; более 40 баллов – декомпенсация, истощение адаптационных ресурсов.

Забор спермы для исследования проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Полученные данные позволили обосновать более глубокое изучение вопроса о влиянии острого эмоционально-иммобилизационного стресса на фертильность спермы в эксперименте.

В эксперименте на 25 кроликах-самцах породы белый великан было проведено исследование влияния острого эмоционально-иммобилизационного стресса на фертильность спермы в эксперименте.

Моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса производили в соответствии с методикой, описанной в патенте РФ № RU 2701218 [19].

Исследование влияния острого эмоционально-иммобилизационного стресса на фертильность спермы проводили в соответствии с разработанной нами методикой, заключающейся в том, что сначала производят исследование спермы, после чего в течение 7 суток производят моделирование острого эмоционально-иммобилизационного стресса, а затем повторно производят исследование спермы.

После этого сравнивают показатели до и после моделирования острого эмоционально-иммобилизационного стресса, при этом результаты исследования до моделирования стрессовой нагрузки являются индивидуальным стандартом при оценке показателей после ее завершения. Если при сравнении выявляют изменения, свидетельствующие об уменьшении объема спермы, общего и относительного (в 1,0 мл) количества сперматозоидов, количества прогрессивно-подвижных сперматозоидов, количества морфологически нормальных сперматозоидов, увеличения клеток сперматогене-

за оценивают наличие негативного влияния острого эмоционально-иммобилизационного стресса на фертильности спермы [20].

Статистическую обработку полученных данных и оценку достоверности различий до и после карантина проводили с использованием методов

вариационной статистике по формуле и таблице Стьюдента.

Результаты исследования

Сравнительный анализ результатов психологического тестирования по определению уровня стресса показал, что у большинства участников отмечался умеренный уровень стресса (табл. 1).

Таблица 1

Динамика ситуативной тревожности на фоне психологического стресса в условиях карантина по COVID-19 (n=46)

Исследуемые показатели	До карантина		После карантина	
	Абс. кол-во	M±m (%)	Абс. кол-во	M±m (%)
0-5 баллов	7	15,2±5,5	2	4,3±2,8
6-12 баллов	32	69,6±6,7	9	19,6±5,7*
13-24 балла	5	10,9±4,2	28	60,9±7,2*
25-40 баллов	2	4,3±2,8	5	10,9±4,2
Более 40 баллов	-	-	2	4,3±2,8
Средние баллы M±m (n=30)	10,4±0,8		23,7±1,3*	

* – достоверность различий с показателями до карантина по COVID-19

В отличие от этого, после завершения карантина отмечалось достоверное уменьшение частоты среднего ($P<0,05$) и недостоверное уменьшение низкого ($P>0,05$) уровня стресса. При этом достоверно возросло количественные показатели интенсивного уровня стресса ($P<0,05$).

Следует отметить, что после карантина достоверно увеличился суммарный уровень стресса в исследуемой группе ($P<0,05$).

На этом фоне отмечалось снижение либидо у 37 (80,4±5,7%) пациентов, появление эректильной дисфункции отмечали 21 (45,6±7,4% участников исследования), а уменьшение частоты половых контактов 28 (60,9±7,2%).

Сравнительный анализ результатов спермограммы до и после карантина показал (табл. 2), что на фоне нарастания ситуативной тревожности отмечалась негативная динамика исследуемых показателей.

Следует отметить, что несмотря на негативную динамику изменения большинства показателей спермограммы были недостоверными ($P>0,05$).

В тоже время, на фоне недостоверного уменьшения объема ($P>0,05$) и количества сперматозоидов в 1 мл спермы ($P>0,05$), отмечалось достоверное уменьшение не только количества сперматозоидов в эякуляте ($P<0,05$), но и количества нормальных сперматозоидов ($P<0,05$).

Таблица 2

Показатели спермограммы до и после карантина по поводу COVID-19 (n=46)

Исследуемые показатели	До карантина	После карантина
Объем (мл)	2,4±0,2 мл	1,7±0,2 мл
Цвет	Бело-серый,	Бело-серый,
Мутность	Мутная	Мутная
Вязкость/консистенция (см)	1,5±0,4	1,7±0,2
Клетки сперматогенеза (%)	1,62±0,2	1,96±0,2
Агглютинация спермы	Нет	Нет
Разжижение (мин)	17,3±1,3	20,4±1,2
Уровень pH	7,6±0,3	7,9±0,2
Концентрация		
Количество сперматозоидов в 1 мл (млн)	23,6±1,2	19,7±1,1
Количество сперматозоидов в эякуляте (млн)	56,6±2,2	33,6±2,3*
Количество нормальных сперматозоидов (%)	5,68±0,11	5,11±0,12*
Подвижность сперматозоидов		
Прогрессивно-подвижные (%)	39,1±1,4	33,2±1,3*
Количество подвижных сперматозоидов (%)	56,8±1,2	44,3±1,6*

* – достоверность различий с показателями до карантина

Более того, достоверно уменьшилось как количество прогрессивно-подвижных ($P<0,05$), так и общего количества подвижных спермиев ($P<0,05$), что свидетельствовало о снижении фертильности спермы на фоне психологического стресса на фоне карантинных мероприятий по поводу COVID-19.

Полученные результаты позволили обосновать целесообразность проведения исследований в условиях экспериментального моделирования стрессовой нагрузки (табл. 3).

Сравнительный анализ результатов спермограммы после моделирования в течение 7 суток острого эмоционально-иммобилизационного стресса показал, что под воздействием стрессовой нагрузки отмечалось достоверное уменьшение не только общего количества сперматозоидов и их подвижности, но и морфологической структуры спермиев.

Таблица 3

Показатели спермограммы до и после моделирования острого эмоционально-иммобилизационного стресса у кроликов в эксперименте

Исследуемые показатели	Время исследования	
	до	после
Объем (мл)	2,3±0,3	1,6±0,2
Клетки сперматогенеза (%)	1,3±0,2	2,4±0,3*
Количество сперматозоидов в 1 мл (млн)	18,2±1,3	14,3±1,2
Количество сперматозоидов в эякуляте (млн)	41,7±3,3	22,9±2,9*
Количество нормальных сперматозоидов (%)	6,31±0,22	4,67±0,36*
Прогрессивно-подвижные (%)	38,8±1,4	20,9±2,7*
Количество подвижных сперматозоидов (%)	54,9±1,7	41,1±2,6*

* – достоверность различий с показателями до моделирования стрессовой нагрузки

Это свидетельствовало о негативном влиянии острого эмоционально-иммобилизационного стресса на фертильность спермы.

Рассматривая реакцию на психологический стресс с позиции общего адаптационного синдрома Н. Selye (1935), первичными будут биологические изменения состояния организма [16]. Так, в ответ на воздействие психологических стрессоров происходит активация симпатoadренальной системы, сопровождающаяся периферическим ангиоспазмом, в том числе и семенниках

В свою очередь, генерализованный периферический ангиоспазм приведет к нарушению кислородтранспортной функции крови и развитию ги-

поксии. При этом дефицит кислорода будет приводить к нарушению транспорта в цепи передачи электронов и их утечке.

На этом фоне инициируется появление активных форм кислорода, а оксидативный стресс будет последствием первичного внешнего психологического воздействия.

Соответственно, развитие оксидативного стресса будет негативно сказываться на фертильности спермы.

Таким образом, полученные результаты позволяют обосновать патогенетическое значение психологического стресса, как негативного фактора влияющего на фертильность спермы.

Литература

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 616 с.
2. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова, Л.Н. Кузьмичева. М.: Медицинское информационное агентство, 2005. 592 с.
3. Салехов С.А., Корабельникова И.А., Гайдуков С.Н. и соавт. Патогенетические особенности низкой эффективности внутриматочной инсеминации // International Journal of Medicine and Psychology. 2020. Т. 3. № 2. С. 130 – 136.
4. Рутинский А.И. Особенности диагностики идиопатического мужского бесплодия (обзор литературы) // Медико-социальные проблемы семьи. 2013. № 18 (1). С. 116 – 121.
5. Jung J.H., Seo J.T. Empirical medical therapy in idiopathic male infertility: Promise or panacea? // Clin Exp Reprod Med. 2014. №41 (3). P. 108 – 114.
6. Imamovic Kumalic S., Pinter B. Review of clinical trials on effects of oral antioxidants on basic semen and other parameters in idiopathic oligoasthenoteratozoospermia. Biomed Res Int 2014;2014:426951.

7. Метелев А.Ю., Богданов А.Б., Ивкин Е.В. и соавт. Прогностическая ценность различных показателей спермы относительно мужской фертильности // Андрология и генитальная хирургия. 2015. Т. 16. № 4. С. 51 – 54.
8. Кириленко Е.А., Онопко В.Ф. Окислительный стресс и мужская фертильность: современный взгляд на проблему // Бюл. ВСНЦ СО РАМН, 2017. Т. 2. № 2 (114). С. 102 – 108.
9. Dutta S., Majzoub A., Agarwal A. Oxidative stress and sperm function: a systematic review on evaluation and management // Arab J Urol. 2019. № 17 (2). P. 87 – 97. <https://doi.org/10.1080/2090598X.2019.1599624>
10. Aitken R.J., Jones K.T., Robertson S.A. (2012) Reactive oxygen species and sperm function – in sickness and in health // J Androl. 2012. № 33 (6). P. 1096 – 106.
11. Ко Е.У., Sabanegh E.S. Jr, Agarwal A. (2014) Male infertility testing: reactive oxygen species and antioxidant capacity // Fertil Steril. 2014. № 102 (6). P. 1518 – 1527.
12. Гулов М.К., Абдуллоев С.М., Салехова М.П., и соавт. Патогенетическая роль психологического стресса в развитии ожирения // International journal of medicine and psychology / Международный журнал медицины и психологии. 2020. Т. 3. № 4. С. 128 – 133.
13. Салехова М.П., Миндубаева Ф.А., Салехова Д.С., Семенов К.В. Патогенетическое значение психологического стресса в развитии вегетативной дисфункции у старшеклассников // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. 2018. № 5 (111). С. 58 – 61.
14. Salekhov S.A., Gordeev M.N., Salekhova Y.S., Korabelnikova I.A. Influence of emotional and informational factors in implementation of coping strategies in psychological stress // ISJ Theoretical & Applied Science, 2015. № 11 (31). P. 147 – 154. Doi:<http://dx.doi.org/10.15863/TAS.2015.11.31.24>
15. Салехов С.А., Барикова А.Р., Яблочкина Е.С. Роль психологического стресса, его энергетического обеспечения и социальной иммобилизации в развитии психосоматики (интегративный подход) // Антология Российской психотерапии и психологии. Вып. 7. Международный конгресс, СПб, 22-24 марта 2019. С. 161 – 162.
16. Selye H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents // Nature. 1936. Vol. 138. P. 32. Doi:10.1038/138032a0.
17. Мельников И.А., Салехов С.А., Гайдуков С.Н. и соавт. Патогенетические особенности влияния covid-19 на морфологические изменения спермы // Вестник Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого. 2021. № 1 (122). С. 50 – 53. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1\(122\).50-53](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1(122).50-53)
18. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. 2-е изд. СПб.: Питер, 2012. 253 с.
19. Салехов С.А., Цыган В.Н., Благинин А.А. и соавт. Способ моделирования острого эмоционально-иммобилизационного стресса в эксперименте // Патент RU 2701218 (заявка № 2018117765, 2018.05.14; Опубликовано: 25.09.2019).
20. Салехов С.А., Гайдуков С.Н., Шариати Мохамед Али и соавт. Способ исследования влияния острого эмоционально-иммобилизационного стресса на фертильность спермы в эксперименте // Заявка на выдачу патента на изобретение № 2021111350. 21.04.2021.

References

1. Besplodnyj brak. Sovremennye podhody k diagnostike i lecheniyu. Pod red. V.I. Kulakova. M.: GEOTAR-Media, 2005. 616 s.
2. Lechenie zhenskogo i muzhskogo besplodiya. Vspomogatel'nye reproduktivnye tekhnologii. Pod red. V.I. Kulakova, B.V. Leonova, L.N. Kuz'micheva. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2005. 592 s.
3. Salekhov S.A., Korabel'nikova I.A., Gajdukov S.N. i soavt. Patogeneticheskie osobennosti nizkoj effektivnosti vnutrimatochnoj inseminacii. International Journal of Medicine and Psychology. 2020. Т. 3. № 2. S. 130 – 136.
4. Rutinskij A.I. Osobennosti diagnostiki idiopaticheskogo muzhskogo besplodiya (obzor literatury). Mediko-social'nye problemy sem'i. 2013. № 18 (1). S. 116 – 121.
5. Jung J.H., Seo J.T. Empirical medical therapy in idiopathic male infertility: Promise or panacea? Clin Exp Reprod Med. 2014. №41 (3). P. 108 – 114.
6. Imamovic Kumalic S., Pinter B. Review of clinical trials on effects of oral antioxidants on basic semen and other parameters in idiopathic oligoasthenoteratozoospermia. Biomed Res Int 2014;2014:426951.
7. Metelev A.YU., Bogdanov A.B., Ivkin E.V. i soavt. Prognosticheskaya cennost' razlichnyh pokazatelej spermy otnositel'no muzhskoj fertil'nosti. Andrologiya i genital'naya hirurgiya. 2015. Т. 16. № 4. S. 51 – 54.
8. Kirilenko E.A., Onopko V.F. Okislitel'nyj stress i muzhskaya fertil'nost': sovremennyy vzglyad na problem. Byul. VSNC SO RAMN, 2017. Т. 2. № 2 (114). S. 102 – 108.

9. Dutta S., Majzoub A., Agarwal A. Oxidative stress and sperm function: a systematic review on evaluation and management. Arab J Urol. 2019. № 17 (2). P. 87 – 97. <https://doi.org/10.1080/2090598X.2019.1599624>
10. Aitken R.J., Jones K.T., Robertson S.A. (2012) Reactive oxygen species and sperm function – in sickness and in health. J Androl. 2012. № 33 (6). P. 1096 – 106.
11. Ko E.Y., Sabanegh E.S. Jr, Agarwal A. (2014) Male infertility testing: reactive oxygen species and antioxidant capacity. Fertil Steril. 2014. № 102 (6). P. 1518 – 1527.
12. Gulov M.K., Abdulloev S.M., Salekhova M.P., i soavt. Patogeneticheskaya rol' psihologicheskogo stressa v razvitii ozhireniya. International journal of medicine and psychology. Mezhdunarodnyj zhurnal mediciny i psihologii. 2020. T. 3. № 4. S. 128 – 133.
13. Salekhova M.P., Mindubaeva F.A., Salekhova D.S., Semenov K.V. Patogeneticheskoe znachenie psihologicheskogo stressa v razvitii vegetativnoj disfunkcii u starsheklassnikov. Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta im. YAroslava Mudrogo. 2018. № 5 (111). S. 58 – 61.
14. Salekhov S.A., Gordeev M.N., Salekhova Y.S., Korabelnikova I.A. Influence of emotional and informational factors in implementation of coping strategies in psychological stress. ISJ Theoretical & Applied Science, 2015. № 11 (31). P. 147 – 154. Doi:<http://dx.doi.org/10.15863/TAS.2015.11.31.24>
15. Salekhov S.A., Barikova A.R., Yablochkina E.S. Rol' psihologicheskogo stressa, ego energeticheskogo obespecheniya i social'noj immobilizacii v razvitii psihosomatiki (integrativnyj podhod). Antologiya Rossijskoj psihoterapii i psihologii. Vyp. 7. Mezhdunarodnyj kongress, SPb, 22-24 marta 2019. S. 161 – 162.
16. Selye H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. Nature. 1936. Vol. 138. P. 32. Doi:[10.1038/138032a0](https://doi.org/10.1038/138032a0).
17. Mel'nikov I.A., Salekhov S.A., Gajdukov S.N. i soavt. Patogeneticheskie osobennosti vliyaniya covid-19 na morfologicheskie izmeneniya spermy. Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta imeni YAroslava Mudrogo. 2021. № 1 (122). S. 50 – 53. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1\(122\).50-53](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2021.1(122).50-53)
18. SHCHerbatyh YU.V. Psihologiya stressa i metody korrekcii. 2-e izd. SPb.: Piter, 2012. 253 s.
19. Salekhov S.A., Cygan V.N., Blaginina A.A. i soavt. Sposob modelirovaniya ostrogo emocional'no-immobilizacionnogo stressa v eksperimente. Patent RU 2701218 (zayavka № 2018117765, 2018.05.14; Opublikovano: 25.09.2019).
20. Salekhov S.A., Gajdukov S.N., SHariati Mohamed Ali i soavt. Sposob issledovaniya vliyaniya ostrogo emocional'no-immobilizacionnogo stressa na fertil'nost' spermy v eksperimente. Zayavka na vydachu patenta na izobrenenie № 2021111350. 21.04.2021.

*Melnikov I.A., Reproductive Physician,
Institute of Reproductive Medicine, Almaty, Republic of Kazakhstan,
Salekhov S.A., Doctor of Medical Sciences (Advanced Doctor), Professor,
Korabelnikova I.A., Clinical Psychologist,
Novgorod State University named after Yaroslav the Wise,
Gaydukov S.N., Doctor of Medical Sciences (Advanced Doctor), Professor,
Saint Petersburg State Pediatric Medical University
Ministry of Health of the Russian Federation*

PATHOGENETIC SIGNIFICANCE OF PSYCHOLOGICAL STRESS IN REDUCING SPERM FERTILITY

Abstract: it was hypothesized that against the background of psychological stress caused by quarantine measures for the COVID-19 pandemic, sperm fertility will decrease. Changes in the results of psychological testing and spermogram indicators before and after the end of quarantine for COVID-19 in 46 men enrolled in ART programs were analyzed. All study participants signed informed consent and, in addition, a non-disclosure agreement. The criteria for the analysis were, obtained before and after quarantine for COVID-19: 1. Results of the stress level determination test of Yu.V. Shcherbatykh, which makes it possible to assess the impact of stress on a person from the standpoint of his biopsychosocial existence; 2. Indicators of spermogram. In our study, we examined men who, after the end of quarantine, the results of polymerase chain reaction (PCR) and the determination of IgM and IgG to COVID-19 were negative. In an experiment on 25 male white giant rabbits, a study was made of the effect of acute emotional-immobilization stress on sperm fertility in the experiment. Comparative analysis of spermogram results after modeling acute emotional-immobilization stress for 7 days showed that under the influence of stress load there was a significant decrease not only in the total number of sperm and their mobility, but also in the morphological structure of sperm, which indicated the negative effect of acute emotional-immobilization stress sperm fertility. In response to psychological stressors, the sympathoadrenal system is activated, accompanied by peripheral angiospasm, including the testes. This leads to hypoxia, disruption of transport in the electron transmission chain and their leakage. Against this background, the appearance of reactive oxygen species is initiated, and oxidative stress will be a consequence of the primary external psychological influence. The development of oxidative stress will negatively affect sperm fertility. This makes it possible to substantiate the pathogenetic significance of psychological stress as a negative factor affecting sperm fertility.

Keywords: psychological stress, stress level, sperm fertility, quarantine, COVID-19, experimental stress, oxidative stress