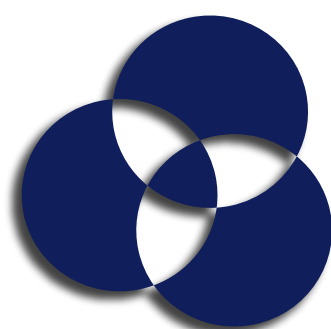


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

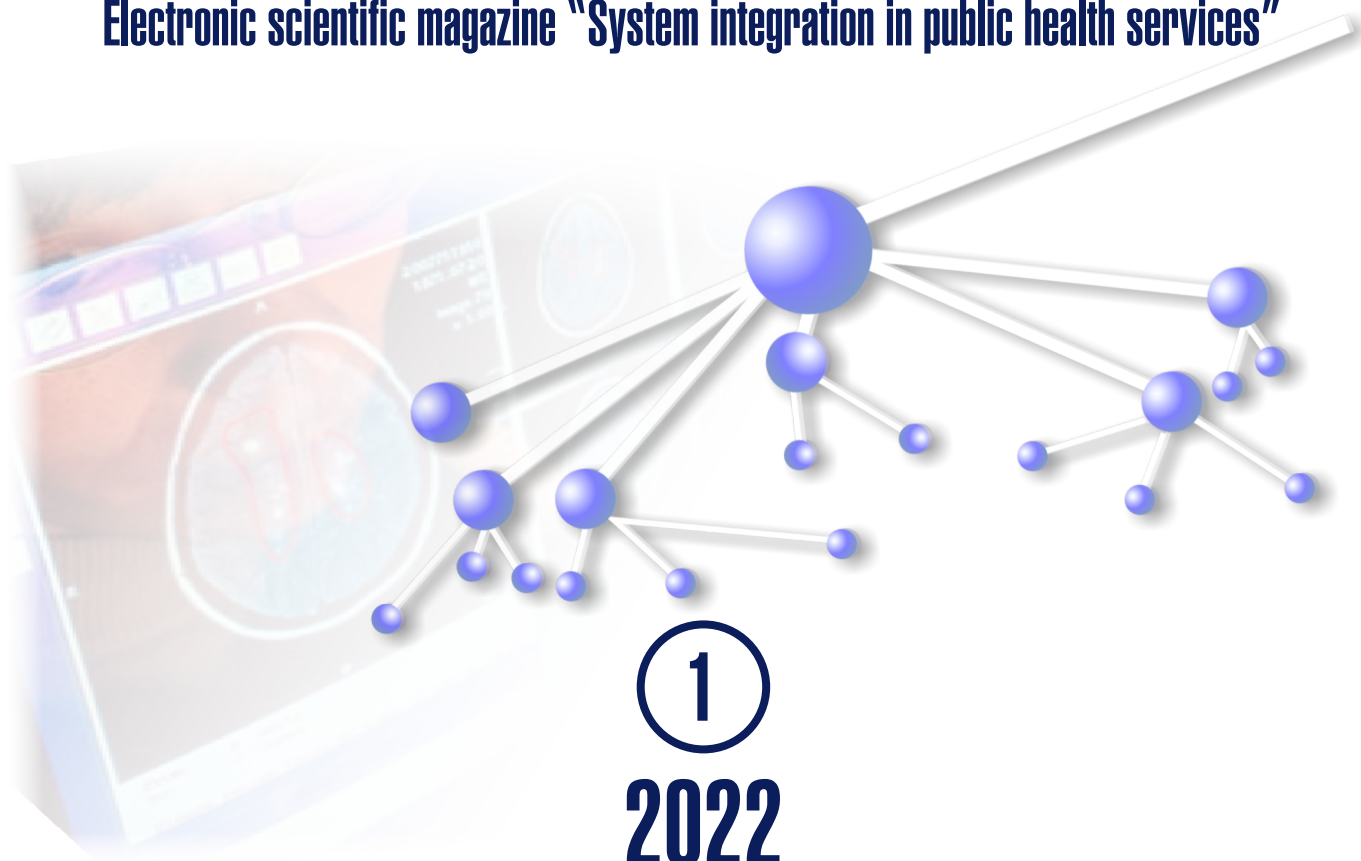
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
“БОНУМ”
www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

г. Екатеринбург,
ул. Академика Бардина, 9а
тел./факс (343) 2877770, 2403697
Почтовый адрес: 620149,
г. Екатеринбург, а/я 187

sys-int@sys-int.ru
www.sys-int.ru

Электронный научный журнал
“Системная интеграция в
здравоохранении”
зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи и
охраны культурного наследия
Российской Федерации
Свидетельство Эл №ФС77-32479
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

При использовании материалов
ссылка на журнал “Системная
интеграция в здравоохранении”
обязательна.

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2022



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ 1 (54) 2022

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместители главного редактора
С.И.БЛОХИНА, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН



Уважаемые читатели!

Перед вами очередной выпуск журнала «Системная интеграция в здравоохранении». В журнале представлен самый широкий спектр исследований современных авторов по различным аспектам здравоохранения, психологии и педагогики.

Ключевым направлением этого выпуска является именно педагогика, психология и клиническая психология. Это не случайно. Психолого-педагогическая проблематика, вписанная в контекст здравоохранения, спектр проблем клинической психологии – одно из наиболее востребованных на сегодняшний день и исследовательских и практических направлений.

В представленных авторами исследования поднимаются наиболее актуальные проблемы педагогики и психологии. Наряду с теоретическими и литературными обзорами в выпуске публикуются и обширные исследования на базе учебных групп, изыскания с использованием различных психолого-педагогических методик и приемов, самые последние достижения в области психологических и педагогических наук.

Отдельно хочется отметить не совсем обычный раздел, «Медицинский юмор», которым выделился данный сборник - ничего подобного в журнале ранее не публиковалось. В наше непростое время, когда вся система здравоохранения работает в режиме повышенной готовности в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, и врачам приходится вести ожесточенную схватку со смертью, без разумной доли адекватного юмора становится просто невозможно справиться с этой ситуацией.

Известная мудрость гласит: «Плох тот учитель, ученик которого не смог его превзойти». Мы искренне верим, что наши ученики достойно понесут знамя науки, достигнут самых больших высот и многократно превзойдут нас в уровне профессионализма, знаний и мастерства. Мы от всей души желаем нашим читателям крепкого здоровья, физического, психического и психологического и вдохновения на творческий и научный поиск.

*член-корреспондент Российской академии естественных наук
Профессор, доктор психологических наук,
Слободчиков Илья Михайлович*

ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Устинов А.Л., Винокуров Д.С.
К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ
ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИН ИСТОРИЧЕСКОГО ЦИКЛА В МЕДИЦИНСКОМ
УНИВЕРСИТЕТЕ.....5

Набойченко Е.С., Ходченко И.А.
К ВОПРОСУ О СТУДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПЕРИОД ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ..14

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Носкова М.В.
ГЕНЕЗИС И ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕ-
НИЙ.....22

Степанова М.В., Петрова Л.Е., Кузьмин К.В.
РЕКЛАМА, ВЕРА В ТАБЛЕТКИ, ДЕФИЦИТ ВРЕМЕНИ И ДОВЕРИЕ ВРАЧУ: ФАРМАЦЕВТЫ И ПА-
ЦИЕНТЫ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРАКТИК САМОЛЕЧЕНИЯ В РОССИИ.....28

Курлапов М.Н., Алдушина А.Д.
ВЛИЯНИЕ АНСАМБЛЕВОГО МУЗИЦИРОВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....43

Зиновьева Н.А., Буторин Г.Г., Бенько Л.А.
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТ-
КОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА.....50

Жукова Н.В., Чалый С.С., Кухлевская К.А.
КАРТИНА ЛИЧНОСТИ ТРЕВОЖНОГО ПАЦИЕНТА.....59

Валиева Т.В., Исламкина А.М.
ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИ НООГЕННОМ
НЕВРОЗЕ В УСЛОВИЯХ ЭУТИМНОЙ ТЕРАПИИ.....72

МЕДИЦИНСКИЙ ЮМОР

Елькин И.О.
ЮМОР И ПАНДЕМИЯ.....88

©Устинов А.Л., Винокуров Д.С.

УДК 009 303.01 930.1

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИН ИСТОРИЧЕ- СКОГО ЦИКЛА В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Устинов А.Л.¹, Винокуров Д.С.¹

*¹ Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохра-
нения Российской Федерации*

Резюме. Статья представляет собой первый этап большого психолого-педагогического исследования по проблемам духовно-нравственного воспитания студентов Медицинского Университета при использовании игровых методов и приемов обучения по истории. В статье анализируются результаты исследования эффективности применения игровых технологий, проведенного в 2020/2021 учебном году на студентах Уральского государственного медицинского университета. Авторы делают вывод о прямой зависимости интенсивности применения игровых технологий от базового уровня студентов, дают практические рекомендации по использованию игровых и интерактивных методик в преподавании истории.

Ключевые слова: игровые технологии, геймификация, интерактивные формы, эффективность, история, медицинское образование.

ON THE QUESTION OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF GAMING TECHNOLOGIES IN TEACHING DISCIPLINES OF THE HISTORICAL CYCLE AT A MEDICAL UNIVERSITY

Ustinov A.L.¹, Vinokurov D.S.¹

*¹ Federal State Educational Institution of Higher Education «Ural State Medical University»
of the Ministry of Health of the Russian Federation*

Summary. The article is the first stage of a large psychological and pedagogical research on the problems of spiritual and moral education of Medical University students using game methods and methods of teaching history. The article analyzes the results of a study of the effectiveness of the use of gaming technologies conducted in the 2020/2021 academic year on students of the Ural State Medical University. The authors conclude that the intensity of

the use of gaming technologies directly depends on the basic level of students, give practical recommendations on the use of gaming and interactive techniques in teaching history.

Keywords: game technologies, gamification, interactive forms, efficiency, history, medical education.

Введение

Каждое новое поколение осмысливает исторический процесс по-своему. Эта истина непреложна. И всякий раз, с каждым новым поколением студентов, преподавателю приходится искать новые методы, позволяющие поднять мотивацию к изучению истории.

Ключевая проблема, с которой сталкивается преподаватель исторических, и в целом гуманитарных дисциплин в Медицинском вузе – это крайне низкий уровень мотивации студентов. Вместе с тем значимость гуманитарного стержня в становлении личности будущего врача трудно переоценить. Именно при изучении гуманитарных дисциплин формируется мировоззрение специалиста, научное мышление, коммуникативный навык, способность к критическому анализу. И история является той самой базовой дисциплиной, которая готовит студента к овладению всеми этими компетенциями.

В последнее время все более популярными в педагогической среде становятся методы геймификации. Использование игровых технологий позволяет повысить мотивацию студентов непрофильных вузов к изучению истории. Однако это создает и определенные трудности для преподавателя – как, внедряя такие технологии, не потерять «лицо», не снизить качество преподавания истории, не превратить учебный процесс в чисто развлечение, которое студенты не будут воспринимать всерьез. Иными словами, как сохранить, и даже повысить эффективность образовательного процесса при использовании игровых технологий.

Цель работы

Проанализировать эффективность использования игровых технологий при преподавании дисциплин исторического цикла в Медицинском Университете на базе проведенного в УГМУ исследования.

Материалы и методы

В качестве материала исследования выступили учебные группы, с которыми применялись различные, в том числе игровые, формы работы. Студенты были разделены на следующие группы:

1. Группы, в которых основным методом организации учебного процесса были игровые технологии (на регулярной основе проводились викторины, игровые турниры);
2. Группы, в которых использовались различные варианты интерактивной работы с использованием методов геймификации (суды истории, словесные дуэли);
3. Группы, обучавшиеся по традиционной системе обучения, без применения игровых форм работы;
4. Группы, в которых применяется комбинированный формат обучения (наряду с традиционными учебными занятиями используются игровые, интерактивные и т.д.).

Методологическую базу исследования составили различные методы сбора статистической информации, сравнения и анализа, а также идеографии (описания).

Результаты и обсуждение

Конечно, приемы и методы геймификации не новы. Классикой использования игровых технологий при преподавании истории является работа Г. А. Кулагиной «Сто игр по истории». Автор отмечает, что «творческое применение исторических игр будет способствовать углублению знаний учащихся в области общественных наук, расширению их общественно-политического кругозора, развитию общей культуры, разносторонних интересов и способностей [1, с. 4].

В наше время эти приемы переживают свое «второе рождение». Так О.И. Ваганова и Ж.В. Смирнова отмечают, что «Одним из более эффективных методов является игровая деятельность», при этом признавая, что «традиционное отечественное образование, прежде всего, концентрируется на передаче знаний основного теоретического характера и гораздо меньше внимания уделяет прикладным» [2, с. 16–17]. В.С. Зайцев отмечает, что «переход к рыночной экономике, необходимость неформальной системы подготовки специалистов стали стимулом широкого применения игровых технологий в учебном процессе» [3, с. 5].

А.С. Шапиева и П.К. Магомедова объясняют возросший интерес к игровым технологиям в учебном процессе следующими причинами:

1. Интенсификация учебного процесса требует искать средства поддержания у студентов мотивации к изучаемому материалу и активизировать их деятельность на протяжении всего занятия;
2. Одной из важнейших задач в преподавании является овладение коммуникативными навыками, что позволяет приблизить процесс обучения к условиям реального обучения, и как следствие повысить мотивацию к обучению [4, с. 71].

На кафедре истории, экономики и правоведения игровые технологии активно внедряются в течение последних 10 лет. Наиболее активно игровые технологии внедряют доцент кафедры И.В. Айрапетова и старший преподаватель кафедры А.Л. Устинов. Внедрение игровых технологий на кафедре прошло два этапа:

1. До 2016 г. – внедрение в учебный процесс дидактических и учебных интеллектуальных игр (викторин), организация игровых турниров, участие в городском игровом турнире «Познай истину»;

2. После 2016 г. – внедрение в учебный процесс ролевых игр (суды истории, словесные дуэли и т.д.), организация кафедральных, внутриуниверситетских и межвузовских словесных дуэлей «К барьеру».

Последние два года внедрение игровых технологий замедлилось, что связано с объективными условиями пандемии COVID-19.

Итогом первого этапа стала подготовка и издание учебных пособий «20 игр по истории» и «20 игр по истории медицины», которые позволили обобщить первый опыт внедрения игровых технологий в образовательный процесс кафедры [5; 6]. По итогам организации ролевых игр также выходил ряд публикаций преподавателей и студентов кафедры. Отмечается, что «в образовательный процесс в негуманитарных вузах следует возможно шире внедрять дискуссионные формы общения и обучения, которые расширяют возможности самореализации студентов, повышают уровень эмоциональной и когнитивной эмпатии» [7, с. 67].

Оценка эффективности использования игровых технологий становится наиболее актуальным вопросом в преподавании дисциплин исторического цикла на кафедре. Большинство преподавателей отмечают крайне низкую мотивацию студентов Медицинского Университета к изучению гуманитарных дисциплин и как следствие низкий базовый уровень обучающихся [8, с. 88]. С целью оценки такой эффективности в 2020/2021 учебном году было проведено исследование, в ходе которого студенты I курса были поделены на 4 категории. В каждой категории было проведено входное тестирование по истории для определения базового уровня знаний обучающихся и итоговое тестирование с целью оценить эффективность использованных технологий обучения. Результаты проведенного исследования иллюстрируют график (см. рис. 1).

В каждой группе было 25 студентов. В группу А вошли студенты, обучающиеся с использованием различных форм интерактивной работы (ролевые игры, дискуссионные трибуны). Группу В составили студенты, обучение которых шло с применением

интеллектуальных игр и викторин. Группа С объединила студентов, обучение которых велось традиционными методами (докладная система, работа по плану семинарского занятия). В группу D вошли студенты, обучающиеся в комбинированном формате (наряду с традиционными семинарами применялись как игры-викторины, так и интерактивные формы работы).



Рис. 1. Результаты входного и итогового тестирования студентов по истории в 2021 г. [9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16]

Надо понимать, что вопросы итогового теста были сложнее, чем входящего. Входящий тест представлял собой проверку остаточных знаний школьного курса, тогда как итоговый тест формировался по тем дидактическим единицам, которые изучались студентами в течение семестрового курса по истории. Поэтому незначительное снижение среднего балла по большинству учебных групп вполне ожидаемо, тем более что чаще всего оно колеблется в рамках статистической погрешности. Однако наша задача – оценить именно эффективность применяемых на занятиях технологий обучения, в том числе игровых и понять, какой формат работы может быть наиболее удачным. Конечно, универсальными наши выводы вряд ли смогут стать, т.к. эффективность использования тех или иных педагогических методов и приемов зависит и от уровня учебной группы, и от компетентности преподавателя, и от комфортности взаимодействия участников образовательного процесса, и от психологического микроклимата в

группе, и от многих других параметров. Но в целом ряд общих закономерностей проследить можно.

Первое. Базовый уровень всех представленных групп обучающихся был примерно равным. Средний балл за входной тест варьировался от 12,46 до 13,25 из 20 возможных.

Второе. По большинству экспериментальных групп наблюдается снижение среднего балла к итоговому тесту, и только группа, обучавшаяся с использованием комбинированной формы обучения, показала рост.

Третье. Больше всего просел средний балл в группе студентов, обучавшихся по традиционной системе обучения, без использования игровых и прочих интерактивных методов и приемов.

Какие выводы и рекомендации напрашиваются исходя из представленных результатов?

1. Исследование показало, что традиционные формы обучения без использования игровых методов и приемов не способствует повышению эффективности и качества обучения студентов. Студенты-медики, и так не особо мотивированные на изучение дисциплин гуманитарного цикла, не проявляют особой заинтересованности на учебных занятиях. В учебной группе выделяется небольшой пласт студентов, активно работающих от семинара к семинару, но основная масса обучающихся остается не активна. Да и даже для активных студентов практически единственной мотивацией работать на занятиях остаются баллы, которые они могут заработать. Группа студентов, обучавшихся по традиционной системе, имела самый высокий базовый уровень (средний балл 13,26), и показала самый высокий спад (10,79), из чего можно сделать вывод, что чем выше базовый уровень студентов, тем более разнообразными должны быть инструменты, методы и приемы работы с ними. Исключительно традиционные формы работы больше подходят группам с низким базовым уровнем.

2. Использование игровых и прочих интерактивных форм обучения со студентами, имеющими невысокую мотивацию к обучению, позволяет несколько поднять такую мотивацию. Через игровые формы студенты охотнее усваивают новый материал, вживаясь в роль и образ своего героя, лучше понимают прошлое, протекающие процессы в настоящем, повышается социальная активность обучающихся. Кроме того, в процесс игры вовлечена практически вся учебная группа, что существенно повышает интерес студентов к изучению дисциплины. Отметим, что группы студентов, обучающиеся по

игровым и интерактивным технологиям (группы А и В), имея изначально более низкий базовый уровень, в итоге показали более высокие показатели, чем группа студентов, обучавшаяся в традиционной форме.

3. Игровые и интерактивные формы являются отличным дополнением к традиционным формам обучения, но не могут собой подменять их. Экспериментальная группа студентов D, обучавшаяся по смешанным формам с использованием как традиционных приемов, так и игровых, единственная показала рост к итоговому тесту – с 13,25 до 13,46 баллов. При этом надо понимать, что это группа, имевшая примерно равный базовый уровень со студентами, обучавшимися только по традиционной системе. Исходя из этого напрашивается вывод, что использование разнообразных форм и методик работы со студентами повышает их мотивацию к изучению непрофильного предмета и дает самый высокий показатель эффективности обучения. От части можно согласиться с выводом, сделанным коллективом кафедры истории, экономики и права, что «игровые модели обучения при всех их достоинствах не могут быть единственными и должны занимать не более 10–12 % часов, отведенных в РПД на семинары» [5, с. 20]. Думается, правда, что этот процент можно повысить хотя бы до 30, при этом он может быть тем выше, чем выше базовый уровень учебной группы.

Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Использование игровых технологий имеет давнюю традицию в отечественной методике преподавания истории. В 1990-е гг., в связи с переходом к рыночной экономике, игровые технологии переживают второе рождение. Большинство исследователей в области методики преподавания исторических дисциплин называют игровые методы наиболее эффективной формы организации учебного процесса как в системе среднего, так и в системе высшего образования. Главным достоинством игровых технологий является повышение мотивации студентов к изучению непрофильных предметов.

2. На кафедре истории, экономики и права внедрение игровых технологий имеет уже 10-летнюю историю. Банк учебных игр на кафедре уже включает более 60 дидактических, тематических и обобщающих игр по различным темам истории России, всеобщей истории и истории медицины. Опыт внедрения игровых форм выявил как преимущество таких методов, так и трудности, с которыми приходится сталкиваться преподавателям. Одновременно игровые методы, особенно после начала применения

интерактивных и ролевых игр (суды истории, словесные дуэли) существенно повысили мотивацию студентов. Преподаватели старших курсов стали отмечать, что студенты, прошедшие на младших курсах через игровые формы, качественно отличаются от прочих обучающихся: более сплочены, обладают более высокими коммуникативными навыками, более организованы и мотивированы к учебе.

3. Проведенное в 2020/2021 учебном году исследование, в ходе которого студенты были поделены на четыре экспериментальные группы, показало, что интерактивные и игровые методы могут показать свою эффективность в преподавании дисциплин исторического цикла в Медицинском ВУЗе при их грамотном использовании. В условиях полного отсутствия интерактивных форм работы мотивация студентов быстро снижается, работа студентов сводится к простому набору баллов, и формирование предусмотренных образовательными стандартами компетенций отходит на второй план. Вместе с тем интенсивность применения игровых технологий зависит от базового уровня учебной группы: чем он выше, тем чаще такие формы работы можно применять. При этом стоит понимать, что игровые и интерактивные формы не должны собой подменять традиционные семинары, но должны их дополнять. Общая доля занятий, проводимых в игровой форме, не должна превышать 30 % от общего объема занятий, предусмотренных учебным планом, дальнейшее повышение доли игровых занятий может только снизить уровень их эффективности.

В целом, игровые технологии показали достаточно высокую эффективность при преподавании истории в Медицинском Университете. Однако очень важно, чтобы понимать, как наиболее эффективно можно работать с учебными группами, провести входной контроль для определения базового уровня обучающихся и подбора наиболее эффективного набора приемов и методов работы с ними.

Список литературы

1. Кулагина Г.А. Сто игр по истории. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Просвещение, 1983. – 240 с.
2. Ваганова О.И., Смирнова Ж.В., Мокрова А.А. Применение игровых технологий в обучении студентов // Инновационная экономика: Перспективы развития и совершенствования. – 2019. – №1 (35). – С. 16–21.
3. Зайцев В.С. Игровые технологии в профессиональном образовании. – Челябинск: Библиотека А. Миллера, 2019. – 23 с.

4. Шапиева А.С., Магомедова П.К. Применение игровых технологий в процессе обучения // Евразийский Союз Ученых (ЕСУ). – 2015. – № 10 (19): Педагогические науки. – С. 70–72.
5. Шапошников Г.Н., Айрапетова И.В., Устинов А.Л., Шумкин Г.Н. 20 игр по истории. – Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2015. – 224 с.
6. Шапошников Г.Н., Айрапетова И.В., Устинов А.Л. 20 игр по истории медицины. – Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2017. – 240 с.
7. Шапошников Г. Н., Айрапетова И. В., Устинов А.Л., Никитина И.А., Ятлук А.А. Развитие познавательной, интеллектуальной и эмоциональной активности студентов медицинских вузов на основе дискуссионных форм и методов внеаудиторной работы // Системная интеграция в здравоохранении: Электронный научный журнал. – 2018. – № 2 (39). – С. 57–68.
8. Устинов А.Л., Шапошников Г.Н., Никитина И.А., Ятлук А.А. Диспут как форма игрового моделирования (на примере проекта «К барьеру») // Вестник Уральского государственного медицинского университета: Научно-практический журнал. – 2018. – № 2. – С. 87–91.
9. Входной тест по истории гр. ОЛД-105/106 // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://forms.gle/16XnrX1SaCjMWVMq8> (дата обращения 02.03.2022 г.).
10. Входной тест по истории гр. ОЛД-109/110 // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://forms.gle/P88PKQsUWUGHA8FSA> (дата обращения 02.03.2022 г.).
11. Входной тест по истории гр. ОЛД-127/128 // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://forms.gle/MSfifdHXyeHSczCn9> (дата обращения 02.03.2022 г.).
12. Входной тест по истории гр. ОЛД-137/138 // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://forms.gle/vYMaKXPZCUcAM8q26> (дата обращения 02.03.2022 г.).
13. Итоговый тест по истории гр. ОЛД-105/106 // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://forms.gle/rCa7dHcabji4o51f7> (дата обращения 02.03.2022 г.).
14. Итоговый тест по истории гр. ОЛД-109/110 // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://forms.gle/MEaQ9NsRvAu93rEv7> (дата обращения 02.03.2022 г.).
15. Итоговый тест по истории гр. ОЛД-127/128 // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://forms.gle/G9Mug7YFuZAEac1r8> (дата обращения 02.03.2022 г.).
16. Итоговый тест по истории гр. ОЛД-137/138 // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://forms.gle/DQuuzBWAzCGMSKko6> (дата обращения 02.03.2022 г.).

© Набойченко Е.С., Ходченко И.А.

УДК 159.9

К ВОПРОСУ О СТУДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПЕРИОД ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Набойченко Е.С.¹, Ходченко И.А.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург, Россия

Резюме. Рассматривается студенческая активность в период вынужденного дистанционного обучения: определяется гипотеза исследования в соответствии с избранной интерпретацией "активности", в кратком теоретическом обзоре литературы обосновывается научная значимость выдвинутой гипотезы, на основании чего определены рабочие гипотезы (подвергнутые непосредственному эмпирическому исследованию). Определены направления развития представленных идей, даны общие рекомендации по упреждению негативных состояний, ассоциированных с "психической"/"психологической" нагрузкой (в соответствии с основной концепцией работы).

Ключевые слова: активность студентов, психологическое благополучие, пандемия, стресс, дистанционное обучение.

ON THE QUESTION OF STUDENT ACTIVITY DURING DISTANCE EDUCATION

Naboichenko E. S.¹, Khodchenko I. A.¹

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg, Russia

Summary. Student activity during the period of forced distance learning is considered: the research hypothesis is determined in accordance with the chosen interpretation of "activity", the scientific significance of the hypothesis put forward is substantiated in a brief theoretical review of the literature, on the basis of which working hypotheses are determined (subjected to direct empirical research). The directions of development of the presented ideas are determined, general recommendations are given for the prevention of negative states associated with "mental"/"psychological" stress (in accordance with the main concept of the work).

Keywords: student activity, psychological well-being, pandemic, stress, distance learning.

Введение

В разрешении вопроса о студенческой активности в период вынужденного дистанционного обучения первым шагом является определение термина "активность". Исключая традиционно предшествующие основному изложению метафизические элементы рассуждения, далее под активностью будет подразумеваться адаптационный потенциал субъекта. Адаптационный потенциал в понимании данного исследования выражается доступными к регистрации параметрами эмоционально-волевой сферы, в частности, и когнитивных искажений как сопутствующих элементов вообще. Основной проблемой в вопросе диагностики заявленной формы/интерпретации активности является гибкость/непостоянность активности и предвосхищение целей организаторов исследования участниками на этапе прохождения методик. Таким образом, гипотезой исследования представляется как "студенческая активность в период вынужденного дистанционного обучения может быть зафиксирована преимущественно косвенным образом"; причем активность должна быть определена в идее исследования организаторами/авторами оригинальной работы. Состоятельность гипотезы будет определена в последующем кратком теоретическом обзоре.

Отношение студентов к дистанционной форме обучения менее удовлетворительное, чем к – очной [1]. Причиной формирования подобного отношения представляют возрастающую "психическую нагрузку", вызванной необходимостью повышенного контроля за собственной деятельностью. Очная форма обучения предполагает наличие внешнего наблюдателя (в лице преподавателя, других студентов или кого-либо другого), выступающего стимулом/триггером к организации деятельности "требуемого качества". Внешний наблюдатель академической среды для субъекта восприятия обладает отличными "свойствами" от – наблюдателя жилищно-бытового окружения, в т.ч. студенческого. "Свойства" в данном случае определяются через необходимые признаки субъекта/объекта, согласно контексту восприятия. Мнимое восприятие (например, участие в дискуссии Zoom-практикума при условиях быта) официально-делового контекста обеспечивает соответствующего качества (мнимый) настрой субъекта на деятельность. Неверно считать, что обучение в дистанционной форме невозможно, - формат обучения определяет *качественные характеристики* переживания блоков информации обучающимися. Необходимость в поддержании произвольного внимания на представляемой информации за счет исключительно собственных (интрапсихических) ресурсов поддерживается за счет повышенной активации неокортекста –

мыслительной деятельности. Длительное задействование системы неокортекса для решения единой-конкретной задачи (удержания внимания) приводит к истощению когнитивного потенциала индивида. События, вызывающие значительное истощение “резервов головного мозга”, воспринимаются негативно; поэтому дистанционный формат обучения оценивается студенческим обществом менее положительно, чем – очный.

Замечательны по своему содержанию исследования с привлечением опросников. Так, И. А. Ерошенко в соавт. [2] провели опрос студентов (N=300) по вопросам физической активности во время дистанционного обучения – откуда имеем примечательные данные: большинство студентов уделяет физическим нагрузкам время в период дистанционного обучения (83,9%) и – одновременно готовы самостоятельно заниматься физическими нагрузками (80,7%), также знают о влиянии физических нагрузок на умственную активность (88,8%), а совершают умственную нагрузку посредством физических упражнений в значительно меньшем количестве (57,5%) и замечают улучшение умственной работы после физической активности столь же немного (61,4%). Не ясно, что для студентов представлялось физической нагрузкой/активностью, действительно ли имелись качественные сведения о влиянии физических упражнений на умственную активность, насколько достоверны результаты опроса. Представляется, что метод опроса не столько регистрирует объективные данные, сколько фиксирует сформировавшееся мнение относительно основного вопроса исследования. В других исследования (при более строгих процедурах) определены гипокинезии в предкритических и на критических уровнях [3, 4].

Отсутствие “экзогенных” актуальных задач, для решения которых потребовался бы сложный и энергозатратный поведенческий ответ двигательного характера, опосредует снижение самостоятельно инициируемых моторных актов в студенческом обществе [4]. Сниженная двигательная активность исключает повышенное энергопотребление, что отражается на изменениях в организации собственного питания у студентов. Отсутствие или меньшее количество “внешних” задач даже если и приводит к сниженному моторному ответу, то не истощает когнитивного потенциала / потенциала нервной системы вообще; - нереализованная часть ранее стабильно используемой энергии проявляется в нарушениях биоритмов [Там же] и сопутствующих сферах жизни. Наблюдаемые психофизиологические проявления организма в условиях социальной депривации и частичной сенсорной депривации типичны.

Результаты корреляционных исследований стресс-устойчивости/тревожности регистрируют устойчивые свойства нервной системы участников исследования [5]. Отмечаемые корреляционные сопоставления отражают достаточно высокий адаптивный потенциал студенческого общества: не наблюдается изменений устойчивых/“сильных” психотипов в сторону дезорганизации деятельности или исчезновения исполнительного контроля над эмоционально-волевой сферой. Возможная выраженная реакция сенситивных типов нервной системы не представляется формой, выходящей за пределы нормы-реакции, - при раннем продолжительном отсутствии глобальных задач, для решения которых требовались бы ресурсы всего человечества, текущий “генерализованный ответ” в поисках информации адекватен. Вероятно, в период социальных ограничений, ассоциированных с пандемией, диагностика устойчивости психических процессов позволит наиболее объективно определить достоверное соотношение сенситивных и несенситивных типов нервной системы и иных свойств “психического”, т.к. данный период оказывает влияние на всех людей и вне лабораторных условий достаточно длительно – реакция “психотипов” прогнозируется как однозначная. С другой стороны, необходимо учитывать адаптационные стратегии для каждого “психотипа”: рассматривать универсальные механизмы и индивидуальные тактические решения, оценивать качество избранных моделей поведения, определять объективные критерии “результата” (адаптации) и пр., что выходит за рамки данного исследования.

Данное исследование сформировано с учетом тех особенностей, которые были определены в работах других авторов, а именно:

- Мониторинг социальной ситуации с использованием опросников определяет сформированные у респондентов образы относительно вопроса исследования, требует дальнейшего уточнения;
- Измерение студенческой активности должно реализовываться с использованием методов косвенного анализа (для исключения предвосхищения общих результатов исследования участниками);
- Косвенный анализ предполагает тщательную разработку методологических оснований (подбор методик, не вызывающих у респондентов феномена предвосхищения).

Цель работы

Проанализировать отношение студентов к дистанционным формам обучения и изменение их активности в связи с внедрением дистанционных технологий.

Материалы и методы исследования

В качестве диагностических инструментов были выбраны методика «Уровень социальной фрустрированности» (определялся уровень фрустрации общий и по основным сферам жизни (см. пояснения ниже)) и опросник «Выработка оценочно-рефлексивной деятельности» (Е. В. Бондаренко, А. И. Артюхина) (определялся уровень оценочно-рефлексивной деятельности (см. пояснения ниже)), которые были переведены в онлайн форму (в связи с существовавшими на момент исследования социальными ограничениями); арифметические операции и представление их результатов в виде таблиц осуществлялись при использовании программных пакетов Excel. Методы математико-статистического анализа (за исключением описательной статистики) в исследовании использованы не были (см. пояснения ниже).

Рабочими гипотезами являются: 1. Если студент находится в ситуации продолжительного стресса (в данном случае ассоциированного с социальными ограничениями пандемии), то его когнитивная деятельность (в частности, оценочно-рефлексивная) снижена, а значит, и снижена общая активность; 2. Если студент находится в ситуации продолжительного стресса (в данном случае ассоциированного с социальными ограничениями пандемии), то у него необходимо проявляется связанная с социальными отношениями фрустрация.

Результаты и обсуждение

В исследовании приняло участие 20 студентов в возрасте 18-21 лет ($N=20$; $MS=20,10$ лет; $SD=1,58$ лет). Все студенты-участники обучаются в Уральском государственном медицинском университете (г. Екатеринбург, Россия) по направлению подготовки «Клиническая психология: патопсихологическая диагностика и психотерапия», 1-3-й курсы. Участие в исследовании было добровольным.

По результатам проведения опросника «Выработка оценочно-рефлексивной деятельности» (Е. В. Бондаренко, А. И. Артюхина) у 3 респондентов (15% от общего числа участников) определен уровень оценочно-рефлексивной деятельности как средний/достаточный, и у 17 респондентов (85% от общего числа участников) – как высокий. Ситуация социальных ограничений, вызванных необходимостью в предотвращении распространения новой коронавирусной инфекции, значимо не отразилась на оценочно-рефлексивной деятельности студентов. В случае действительного истощения вследствие нахождения в ситуации длительного стресса ожидалось бы более низкие результаты по опроснику. Т.к. по результатам данной методики не наблюдается

выраженной дисперсии, математико-статистический анализ (за исключением описательной статистики) не проводился.

По результатам проведения методики «Уровень социальной фрустрированности» преобладают низкие или на незначимом уровне показатели фрустрированности по всем сферам (см. табл. 1).

Таблица 1. Результаты проведения методики «Уровень социальной фрустрированности»

Фрустрация												
Проявление	Общая		Родные и близкие		Ближайшее социальное окружение		Социальный статус		Социально-экономическое положение		Здоровье и работоспособность	
	КОЛ -ВО	%	КОЛ -ВО	%	КОЛ -ВО	%	КОЛ -ВО	%	КОЛ -ВО	%	КОЛ -ВО	%
Присутствие	0	0	3	15	1	5	1	5	0	0	1	5
Повышено	5	25	3	15	4	20	3	15	1	5	4	20
Допустимо	7	35	7	35	4	20	7	35	6	30	6	30
Минимально	8	40	5	25	8	40	6	30	8	40	8	40
Отсутствие	0	0	2	10	3	15	3	15	5	25	1	5

По сводным результатам недопустимо утверждать о повышении уровня фрустрированности вследствие социальных ограничений, т.к. определяемые минимальные уровни проявления типичны и для обыденной (вне пандемии) жизни. При анализе результатов по каждому респонденту наблюдаются вызванные актуальными жизненными задачами показатели фрустрированности по отдельным сферам, что адекватно и для жизнедеятельности вне пандемии. Безусловно, социальные ограничения могут формировать необходимые/значимые к разрешению проблемы, и их (проблем) качество не отлично от тех задач, которые могут возникать в обыденной жизни.

Выводы

1. Студенческое общество достаточно адаптивно: в рамках данного исследования недопустимо утверждать о влиянии связанных с пандемией ограничений на активность студентов. Под активностью подразумевается потенциал/ресурс, который находит свое проявление в соответствующей среде/при соответствующих условиях;

2. Снижение двигательной активности, достоверно проявляющееся в жизни всех людей в связи с пандемией, отражается не столько на когнитивном потенциале, сколько на эмоционально-волевой сфере (самодисциплина, самоорганизация и тп.). Качество ответов студенческого общества в процессе прохождения опросников демонстрирует сохранность когнитивного потенциала и действительное минимальное проявление двигательной активности;

3. Эффективным методом в решении вопроса сниженной мотивированности студенческого общества при дистанционных формах обучения представляется проведение курса тайм-менеджмента и осуществление внешнего контроля, в т.ч. с использованием современных технологических решений (например, поддержка чат-бота, стилевые напоминания через рассылку по электронной почте и др.).

Один человек может помочь другому в формировании личности только самим собой и в течение длительного времени

Ю. А. Скороцкий

Список литературы

1. Березницкая, Н. К. Отношение студентов-психологов к дистанционному обучению в период пандемии COVID-19 / Н. К. Березницкая, О. А. Кондрашихина // Modern Science. – 2021. – № 5-1. – С. 393-399.

2. Ерошенко, И. А. Теоретическое обоснование необходимости физической активности студентов в условиях дистанционного обучения / И. А. Ерошенко, Ю. Я. Низовцева, Д. Г. Амазян [и др.] // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2021. – № 2(192). – С. 101-103. – DOI 10.34835/issn.2308-1961.2021.2.p101-103.

3. Стрижакова, О. В. Мониторинг психофизической готовности и стиля жизни молодежи в период пандемии / О. В. Стрижакова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2021. – № 11(201). – С. 436-440. – DOI 10.34835/issn.2308-1961.2021.11.p436-440.

4. Попов, В. И. Особенности образа жизни и здоровья студентов в период дистанционного обучения / В. И. Попов, О. Ю. Милушкина, Д. В. Судаков, О. В. Судаков // Здоровье населения и среда обитания - ЗНиСО. – 2020. – № 11(332). – С. 14-21. – DOI 10.35627/2219-5238/2020-332-11-14-21.

5. Михайлова, О. Б. Характеристики тревожности российских и китайских студентов, обучающихся в дистанционном формате / О. Б. Михайлова, Е. С. Фаренникова //

Психология образования в поликультурном пространстве. – 2021. – № 3(55). – С. 15-26. – DOI 10.24888/2073-8439-2021-55-3-15-26.

© Носкова М.В.

УДК 159.9.072

ГЕНЕЗИС И ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ

Носкова М.В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Резюме. В статье рассматривается проблема психической устойчивости в спортивной деятельности. Обосновывается актуальность, представлен генезис понятия и дается психологическое описание значимости психической устойчивости в спорте высших достижений.

Ключевые слова: спортсмен, спорт высших достижений, психическая устойчивость.

GENESIS AND SIGNIFICANCE OF MENTAL STABILITY IN EXCELLENT SPORTS

Noskova M.V.¹

¹ Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg

Summary. The article raises the problem of mental stability in sports activities. The genesis is described and a psychological description of the importance of mental stability in the sport of high achievements is given.

Key words: athlete, elite sport, mental stability.

Введение

Актуальность исследования обоснована тем, что в условиях современных реалий, происходящие в спорте, в жизни спортсмена постоянно присутствует высокий уровень психического напряжения. Следует отметить, что современный спорт отличается эмоциональной насыщенностью, проявлением эмоциональной устойчивости, адекватных эмоциональных состояний, высоким уровнем и темпом когнитивных процессов, пронизан духом не всегда здорового соперничества, что требует от спортсменов развития волевых качеств (решительности, целеустремленности, настойчивости, смелости и др.), мотивации, психической устойчивости, саморефлексии, высокого уровня сформированности профессионально-важных качеств [1].

Цель работы

Изучение психической устойчивости и ее значимости для достижений в высшем спорте.

Материалы и методы

В работе дается теоретический обзор литературных источников о проблеме психической устойчивости в спорте высших достижений. Методами исследования стали анализ и описание аспектов психической устойчивости как фиксированной и постоянной характеристики личности человека.

Результаты и обсуждение

Специфика спортивной деятельности заключается в том, что требует от спортсмена постоянного совершенствования двигательных, тактических навыков, профессионально-важных качеств, таких как сила воли, выносливость, настойчивость, смелость, психическая устойчивость и др. Постоянные тренировки, соревнования, конкуренция, политизация, психологическое давление, повышенные требования к подготовке спортсменов и к уровню их выступлений на самих соревнованиях разных уровней, асинхронный характер жизни, переживания по поводу результатов соревнований, негативные эмоциональные состояния от долгой разлуки с друзьями и близкими, условия акклиматизации, повышенного физического и психического напряжения приводят неконтролируемости в поведенческих, эмоциональных реакциях. В той или иной степени, все перечисленное оказывает влияние на психическую устойчивость спортсменов. Спортсмен рассматривается как целостная личность, способная и готовая побеждать на игровом поле и представляющая нашу страну, но сами условия экзистенции спортсмена высших достижений заставляют его больше работать и работать на износ. Низкая психическая устойчивость к различным стрессорам часто показывает на нестабильность в тренировочной, предсоревновательной, соревновательной деятельности спортсмена. От того, насколько грамотно спортсмен использует свои психологические ресурсы, зависит результат соревнования, а оптимизация этих ресурсов позволяет достигнуть высоких результатов и, тем самым, формируя и развивая психическую устойчивость. Моделирование и усиление веры в эффективность и психологическую устойчивость в спорте продолжают вызывать высокий интерес в исследованиях спортивной психологии [2]. Но несмотря на это, данная проблематика остается малоизученной в сфере спорта. На сегодняшний день нет единого мнения по поводу того, что такое «психическая устойчивость».

Итак, понятие «психическая устойчивость» становится предметом исследования многих отечественных и зарубежных авторов [3; 4]. В. Д. Небылицын рассматривал психическую устойчивость через призму общих и частных свойств нервной системы, в которую входили: «долговременная резистентность; сопротивление экстремному перенапряжению; невосприимчивость к помехам; низкое самопроизвольное отклонение; адекватную реакцию на неожиданные раздражители; коммутлируемость и устойчивость к окружающей среде» [5]. В своем исследовании он определяет связь психической устойчивости со стабильностью личности. Из этого следует, основу психической устойчивости формируют базовые свойства нервной системы – динамичность, сила, лабильность, подвижность и их производные: темперамент, внимание, интеллект и акцентуации, объединяющие крайние черты характера. Также ее можно определить следующим образом – это организация личности как единой целостной системы, которая обеспечивает максимально эффективное ее функционирование. Таким образом, психическая устойчивость – это основа функционирования личности. Зачастую нехватка времени, важность выполняемой работы, ее разноплановость порождают спешку, внутреннюю и внешнюю суету, раздражительность человека и, в конечном счете, недовольство собой и другие отрицательные эмоции.

Существует мнение о том, что психическая устойчивость является фиксированной и постоянной характеристикой личности человека. В данном варианте во время экстремальной, тяжелой и трудной для человека ситуации психическая устойчивость начинает работу, обуславливаясь врожденными чертами и характеристиками личности. Она объединяет в себе равновесие психических процессов и организацию внутреннего мира человеческой личности так, что высшие чувства и мотивы становятся доминирующими, а все положительные черты характера проявляются в нужный момент. В ее основе лежат «положительные мотивы поведения, сознательное самоуправление, правильная оценка обстоятельств» [6]. Следовательно, на психическую устойчивость влияют все особенности организма: физиологические, психофизиологические, адаптационные, мобилизационные, врожденные черты темперамента и приобретенные из жизненного опыта свойства личности.

С другой точки зрения, психическая устойчивость личности консолидирует такие основные психические процессы как эмоциональные, волевые и интеллектуальные. В научной статье Е.А. Майоровой «Устойчивость психики или психическая устойчивость человека, «психическая устойчивость определяется совокупностью процессов психики

человека, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки, без особых вредных последствий для своего психосоматического здоровья». Интеллект, эмоции и воля тесно связаны друг с другом и составляют наш психологический стержень – психическую устойчивость человека. Поэтому человек, у которого по какой-то причине ослаблен один из компонентов, может, используя два других, постепенно развить тот, который ему нужен [7].

Выступая одним из важнейших свойств психики, психическая устойчивость обеспечивает человека ресурсами для качественного противостояния различным по своей силе и длительности стрессам. Позже она предупреждает появление серьезных вредных последствий для общего здоровья человека. Исходя из этого, можно говорить о том, что данный элемент уравнивает работу всей нервной системы, функционирование личности, стимулирует адаптационный потенциал и «создает позитивный внутренний образ мира» [8]. Психическая устойчивость, в которую входит способность личности адаптироваться к разрушающим факторам, способна обеспечить успешное прохождение всех этапов соревнования.

В свою очередь, С.Л. Богомаз и Ю.М. Прохоров трактуют психическую устойчивость как «способность спортсмена сохранять в условиях учебно-тренировочного процесса и соревновательной борьбы адекватность психических реакций: эмоциональную уравновешенность, высокую работоспособность и настойчивость, несмотря на влияние факторов, вызывающих отрицательные эмоции и психическую усталость или напряженность» [9]. Исходя из этого факта, психическая устойчивость личности связана с эмоциональными состояниями. Следовательно, сфера эмоций напрямую связана с преодолением стрессогенных ситуаций. Под эмоциями понимаются определенные непростые по структуре процессы. Они обладают такими функциями как: отражение личной значимости в форме переживаний, оценка ситуаций, побуждение к деятельности и ее организация. То, что имеет сильную эмоциональную окраску – вызывает включение произвольной формы внимания и запоминания. Спортсмен постоянно находится и живет в мире различных эмоций, которые способны повлиять на итоговый результат соревнований [10].

Как говорил М.Ф. Секач, «психическая устойчивость – это, прежде всего, целостная характеристика, обеспечивающая устойчивость его к стрессогенному воздействию экстремальных ситуаций» [11]. Следует отметить, что психическая устойчивость изменчива, т.е. она может иметь временные границы в зависимости от ситуации.

Выводы

Таким образом, мы рассмотрели некоторые аспекты и мнения авторов на определение психической устойчивости. Хочется сказать, что на сегодняшний день проблематика психической устойчивости является значимой в спорте высших достижений на разных этапах спортивной подготовки. Она представляет собой интеграцию следующих компонентов: свойства нервной системы, совокупность процессов психики человека, поведенческие реакции и др., помогает спортсмену быстро адаптироваться под сложившуюся ситуацию, справиться с ней, и тем самым обеспечить надежность, работоспособность, успешность, начиная с тренировочного этапа и заканчивая после соревновательным процессом. Психическую устойчивость не является врожденной, соответственно ее необходимо формировать и развивать на протяжении всей жизни.

Список литературы

1. Зюкин А.В., Набойченко Е.С., Носкова М.В. Психолого-педагогические технологии формирования высокой психической устойчивости у действующих спортсменов / Уральский медицинский журнал, 2019. № 1 (169). С.98–105.
2. Marwat N. Effect of competition anxiety on athletes sports performance: implication for coach /N. Marwat, Z-U-I. Syed, M.S. Luqman, M. Manzoor // Humanities & Social Sciences Reviews, 2021. С. 1460-1464. URL.: <https://www.researchgate.net/publication/352935968>
3. Корзунин В.А. Взаимосвязь методов оценки нервно-психической устойчивости военнослужащих / В.А. Корзунин, В.В. Юсупов, А.В. Корзунин // Актуальные проблемы авиационной и космической медицины: материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 55-летию кафедры авиационной и космической медицины. – СПб.: ВМедА, 2013. – С. 73–75.
4. Кубарева О. В. К вопросу формирования психической устойчивости // Архивариус, 2015. № 4. С. 131–133.
5. Спицына О.А. Исследование нервно-психической устойчивости в юношеском возрасте / О.А. Спицына, Е.А. Шерешкова, Ю.М. Едиханова // Казанский педагогический журнал, 2021. 3(146). С. 261–269.
6. Берг Т.Н. Нервно-психическая неустойчивость и способы ее выявления. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2005. 63 с.

7. Майорова Е.А. Устойчивость психики или психическая устойчивость человека. Живая психология, 2014. Т. 2. № 2(2). С. 83–90.
8. Небылицын, В.Д. К вопросу об общих и частных свойствах нервной системы // Психофизиологические исследования индивидуальных различий. М.: Наука, 1976. С. 208-229.
9. Богомаз С. Л. Основы психолого-педагогического сопровождения подготовки спортсменов-боксеров к соревнованиям: учебно-методическое пособие/ С. Л. Богомаз, Ю. М. Прохоров. Витебск : ВГАВМ, 2020. 48 с.
10. Соломченко, М. А. Управление поведением спортсменов в стрессовых ситуациях // Наука-2020. 2015. С. 81–90.
11. Секач М.Ф. Психическая устойчивость человека: монография. М.: АПКИППРО, 2013. 356 с.

© Степанова М.В., Петрова Л.Е., Кузьмин К.В.

УДК.364.122.8

РЕКЛАМА, ВЕРА В ТАБЛЕТКИ, ДЕФИЦИТ ВРЕМЕНИ И ДОВЕРИЕ ВРАЧУ: ФАРМАЦЕВТЫ И ПАЦИЕНТЫ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРАКТИК САМОЛЕЧЕНИЯ В РОССИИ

Степанова М.В.¹, Петрова Л.Е.², Кузьмин К.В.³

¹ *Министерство здравоохранения Свердловской области*

² *МБОУ ВО «Екатеринбургская академия современного искусства» (институт)*

³ *ГАУ ДПО «Уральский институт управления здравоохранением имени А.Б. Блохина»*

Резюме. Объективными причинами распространения практик самолечения являются уменьшение участия государства в вопросах организации медицинской помощи на местах, увеличение продолжительности жизни, преобладание хронических заболеваний и увеличение доли пожилых людей. Большое значение имеют повышение стоимости медицинских услуг, рост образовательного и жизненного уровня людей, широкий доступ к профессиональной медицинской информации, снижение уровня доверия врачам, установка не на выздоровление, а на устранение симптомов заболевания, а также наличие групп препаратов, отпускаемых без рецепта врача и их агрессивная реклама в СМИ. Широкое распространение получили интернет-консультации по вопросам здоровья, многочисленны и сайты, содержащие медицинскую информацию для непрофессионалов, предлагающие варианты «постановки диагноза» онлайн. Актуальность определяется постоянно растущим числом людей, прибегающих к практикам самолечения, и негативными последствиями, наступающими вследствие самостоятельного лечения. Представлены причины, по которым граждане РФ прибегают к самолечению, приводится анализ указанных причин путем сбора максимального количества исследовательских данных, как от пациентов, так и от специалистов. Методология и методика исследований предполагает обращение к междисциплинарному анализу поведения человека в предлагаемых институциональных условиях. Особое внимание уделяется характеристике повседневных практик – рутинизированных повторяющихся действий, имеющих массовый характер. Методический арсенал исследования: опрос пациентов (n=388, онлайн и раздаточное анкетирование), учет мнения специалистов, работающих в индустрии здоровья (экспертный опрос, анализ спровоцированных документов и пр.), результаты контент-анализа. Проблема негативных последствий

самолечения рассматривается в рамках общественного здравоохранения и социологии медицины, для эмпирического анализа применяется комплекс социологических исследований (микс-дизайн). Авторы на основе разделения понятий «ответственное самолечение» и «самолечение» выделяют негативные последствия последнего. Показано противоречие между установками пациентов на быстрое восстановление работоспособности (нежелание или невозможность траты временных и финансовых ресурсов для получения медицинской помощи, временного отказа от выполнения трудовых функций, акцент на устранение симптомов) и активным предложением на рынке услуг и товаров (онлайн-консультирование, активная реклама медицинских препаратов и способов устранения симптомов заболевания).

Ключевые слова: самолечение, общественное здоровье, государство, общество, СМИ, фармацевты, организация здравоохранения, медиализация.

**ADVERTISING, FAITH IN PILLS, LACK OF TIME AND TRUST IN A DOCTOR:
PHARMACISTS AND PATIENTS ABOUT THE PREVALENCE OF SELF-MEDICATION
PRACTICES IN RUSSIA**

Stepanova M.V.¹, Petrova L.E.², Kuzmin K.V.³

¹ Ministry of Health of the Sverdlovsk Oblast

² Yekaterinburg Academy of Contemporary Art

³ Ural Institute of Public Health Management named after A.B. Blokhin

Summary. The objective reasons for the spread of self-treatment practices are a decrease in state participation in the organization of medical care on the ground, an increase in life expectancy, the prevalence of chronic diseases and an increase in the proportion of older people. Of great importance are the increase in the cost of medical services, the growth of the educational and living standards of people, wide access to professional medical information, a decrease in the level of trust in doctors, the focus is not on recovery, but on eliminating the symptoms of the disease, as well as the availability of groups of drugs sold without a doctor's prescription and their aggressive advertising in the media. Online health consultations are widespread, and there are numerous sites containing medical information for non-professionals, offering options for "diagnosing" online. The relevance is determined by the ever-increasing number of people resorting to self-treatment practices, and the negative consequences that occur as a result of self-treatment. The reasons why citizens of the Russian Federation resort to self-treatment are presented, an analysis of these reasons is

given by collecting the maximum amount of research data, both from patients and from specialists. The methodology and methodology of research involves an appeal to an interdisciplinary analysis of human behavior in the proposed institutional environment. Particular attention is paid to the characteristics of everyday practices - routinized repetitive actions of a mass nature. Methodological arsenal of the research: survey of patients (n=388, online and handout questionnaires), taking into account the opinions of specialists working in the health industry (expert survey, analysis of provoked documents, etc.), results of content analysis. The problem of the negative consequences of self-treatment is considered within the framework of public health and the sociology of medicine; a set of sociological studies (mix design) is used for empirical analysis. Based on the division of the concepts of "responsible self-medication" and "self-medication", the authors highlight the negative consequences of the latter. A contradiction is shown between the patients' attitudes to a quick recovery of working capacity (unwillingness or impossibility to spend time and financial resources to receive medical care, temporary refusal to perform labor functions, emphasis on eliminating symptoms) and an active offer on the market of services and goods (online counseling, active advertising medicines and ways to eliminate the symptoms of the disease).

Keyword: self-treatment, public health, the state, society, the media, pharmacists, the organization of health care, medicalization.

Введение

Здоровье для индивида – это его функциональность, социальность, адаптивность, мобильность в мире, а значит, это то, чем должен дорожить человек [1]. Но, к сожалению, в силу определенных экономических, правовых и других причин люди все меньше внимания уделяют своему здоровью как таковому и, зачастую, вместо того чтобы при заболевании обратиться за помощью к квалифицированному врачу-специалисту, применяют практики самолечения.

Проблема негативных последствий таких практик – и теоретическая, и практическая. Актуальность ее анализа можно обнаружить в повседневной жизни обычных россиян. При первых симптомах заболевания люди не спешат идти к врачу. Сначала они пытаются справиться с заболеванием самостоятельно, так как гораздо проще прочитать в Интернете о «симптомах» и способах их устранения, спросить у знакомых, чем лечились они в подобной ситуации или зайти в аптеку и проконсультироваться у

фармацевта: аптеки работают с раннего утра и до позднего вечера, находятся в удобных для потребителя местах, для их посещения не нужно заранее записываться и стоять длинную очередь. Цепочка «заболел – пошел в аптеку – выздоровел» усугубляется тем, что в Российской Федерации большинство препаратов отпускаются без рецепта, что делает самостоятельное лечение легитимным.

Цель работы

Изучение причин применения практик самолечения гражданами РФ, а также внесение предложений для снижения числа лиц, лечащихся самостоятельно.

Задачи:

1. Изучение теоретических основ и статистических данных практик самолечения;
2. Анализ негативного влияния на принятие решения о самолечении рекламы, медицинских телепередач и сайтов при помощи методов анализа спровоцированных документов, СМИ и сети Интернет;
3. Интерпретация исследовательских данных о причинах самолечения по оценкам россиян;
4. Изучение возможностей и ограничений влияния на негативные следствия самолечения со стороны лечебно-профилактических учреждений, врачей, СМИ, работников фармацевтической промышленности;
5. Разработка рекомендаций по сокращению числа граждан, применяющих практики самолечения.

Материалы и методы

Эмпирической базой являются исследования, проведенные авторами:

1. Анкетирование граждан РФ о проблеме самолечения. Исследование проводилось с 24 марта по 1 мая 2017 г. Были опрошены 388 человек – граждане России;
2. Контент-анализ спровоцированных документов, СМИ и сети Интернет. Использовано 60 документов, описание конфликтов в современной аптеке, выполненные студентами заочной формы обучения, фармацевтического факультета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» в 2013-2015 гг., а также Интернет-сайты, предоставляющие доступ к медицинской информации и телевидение, являющееся объектом распространения рекламы лекарственных препаратов.

Результаты и их обсуждение

Следует разделять понятия «самолечение» и «ответственное самолечение». Ответственное самолечение – это разумное применение пациентами лекарственных

средств, реализуемых в свободной продаже, для профилактики и лечения легких расстройств, при которых не требуется профессиональная лечебная помощь. То есть, понятие «ответственное самолечение» – это не только процесс покупки лекарственного средства, отпускаемого без рецепта врача, но и правильная самодиагностика. Человек должен правильно отличать «патологическое состояние» от «временного расстройства».

Самолечение же – выбор и использование лекарственных средств пациентами в целях профилактики и лечения заболеваний и симптомов, распознанных самостоятельно. То есть, человек, понимая, что состояние, в котором он сейчас находится, является патологией, тем не менее, начинает проводить самодиагностику, диагностируя свое состояние неправильно вследствие того, что не только симптомы могут указывать на наличие того или иного заболевания [2]. В жизни мы можем наблюдать, что понятие «самолечение» включает в себя также лечение своих родных и, что особо опасно, детей.

Высокая распространенность самолечения фиксируется уже давно. Многолетний мониторинг института им. Н.А. Семашко показал, что основная масса больных откладывает свое обращение к врачу, а 70% из них начинают лечиться самостоятельно [3].

Распространенность практик самолечения таит риски не только для самих пациентов, но и для всей системы здравоохранения в целом.

Одним из основных рисков самолечения для пациента являются нежелательные лекарственные реакции (НЛР) как вредные и непредвиденные эффекты вследствие применения лекарственного препарата в терапевтических дозах с целью профилактики, лечения, диагностики или изменения физиологической функции человека [4]. Нет ни одного лекарства, прием которого не был бы связан с риском. Все лекарства имеют побочные эффекты, некоторые из которых могут быть смертельными.

Конечно, у самолечения, как и у любого социального явления, есть как отрицательные стороны, так и положительные.

Положительными моментами самолечения являются:

- снижение загруженности поликлиник;
- появление новых профессий, например, «клинического провизора»;
- сокращение финансовых и временных затрат со стороны пациента;
- рост прибыли аптек.

Отрицательные стороны самолечения:

- несвоевременное обращение к врачу;

- риск возникновения НЛР;
- риск возникновения осложнений заболеваний и перехода их в хроническую форму.

Именно положительные стороны самолечения являются определяющими для пациента в его выборе как альтернативы посещения врача, из чего можно сделать вывод о том, что необходимо сократить влияние положительных сторон самолечения на самого пациента для снижения распространенности практик самолечения [5-6].

Для формирования количественных данных о числе людей, применяющих практики самолечения, и причинах распространения этих практик, мы обратились к методу анкетного опроса (анкетированию) населения. Для наибольшего территориального охвата и быстроты сбора данных в своей работе мы использовали как онлайн-анкетирование, так и раздаточный метод – аналогичные анкеты на бумажных носителях.

Исследование проводилось с 24 марта по 1 мая 2017 г. Анкета содержала 18 вопросов, которые позволяют оценить социальный статус, наличие детей (и, как следствие, применение практик самолечения к ним), выбор способа лечения и причины самолечения.

Опрос проводился по многоступенчатой, стратифицированной всероссийской выборке населения среди 388 человек в возрасте от 18 лет и старше в субъектах Российской Федерации (46 областей, 22 республики, 9 краев, 4 автономных округа, 1 автономная область). Анкета распространялась в социальной сети «ВКонтакте». Были выбраны официальные группы субъектов России и группы субъектов с количеством участников не менее 5000 человек. Всего на онлайн-анкету ответили 336 чел. Опрос дополнен раздаточным анкетированием среди населения Свердловской и Ленинградской областей, Пермского края (на данный вид анкеты ответили 52 чел.). В опросе приняли участие люди от 18 до 90 лет (77,4% от 18-ти до 44 лет), проживающие на территории Российской Федерации. 85,7% из них – женщины, 70,9% опрошиваемых имеют высшее образование, 57,7% – имеют детей. 45,2% – средний достаток (могут покупать одежду без финансовых затруднений, но на более крупные покупки нужно копить), а 30,6% могут позволить себе купить бытовую технику и не испытывать при этом финансовых затруднений.

Лишь 9,4% респондентов ответили, что при первых симптомах заболевания обращаются к врачу, а 47,3% принимают лекарство, которое считают необходимым. 18,2% начинают искать диагноз и способ лечения в интернете, еще 8,8% идут в аптеку и

покупают лекарство, которое им посоветует фармацевт. Нашлись и те, кто ничего не предпринимает при симптомах заболевания и таких 1/10 (10,1%). При этом 42,3% строго соблюдают рекомендации врача, а 36,6% добавляют к этим рекомендациям что-то свое. 12,5% опрашиваемых сказали, что стараются не обращаться к врачу, а 8,6% лечат заболевание так, как считают необходимым.

65,5% респондентов указали на то, что доверяют информации на медицинские темы, которую распространяются в сети Интернет, но стараются перепроверить ее на приеме у врача. 15,8% не верят тому, что там пишут, а 12,5% не читают подобную информацию. 6,2% анкетированных безоговорочно верят тому, что пишут в Интернете.

На другой вопрос о том, каким именно сайтам, распространяющим медицинские знания, доверяют граждане РФ, 36,6% ответили, что не верят тому, что пишут в Интернете, что больше суммарного процента тех, кто не верит или не читает подобную информацию почти на 10%. Мы считаем, что это происходит потому, что люди, как правило, не знают конкретных сайтов, которые они читают и доверяют им. Да и таких ресурсов просто нет. Все ресурсы, которые являются достоверными, – закрытые, для использования врачами и медицинскими работниками (например, «Врачи РФ»). Достоверность остальных сайтов мы никак не можем проверить.

При посещении аптеки, в основном, люди руководствуются предписанием врача (56,1%), своим личным опытом (49,6%), опытом знакомых/друзей (29,1%), ценой лекарства (28,3%), советом фармацевта (27,5%) и информацией, полученной из Интернета (14,8%).

Люди, которые выбирают совет фармацевта и предписания врача при покупке лекарства, разделились примерно на равные части (27% и 25,2%), но все же перевес в сторону совета фармацевта. Почти половина респондентов (47,8%) отметила, что обращаются к врачу, но, приходя в аптеку, все же советуются с фармацевтом. Все это, по нашему мнению, отчасти свидетельствует о низком уровне доверия врачам и возрастании доверия фармацевтам.

89,1% анкетированных все же изучают аннотацию при покупке лекарства, которое раньше не принимали и строго следуют ей. 8,8% изучают аннотацию, но способ применения и дозировку выбирают сами. Еще 1,8% респондентов ответили, что не изучают аннотацию, потому что все объясняет фармацевт и 0,3% (1 из 388 человек) вообще не изучает аннотацию.

На вопрос «Федеральным законом «О рекламе» введен запрет на рекламу лекарственных средств врачами на приемах вне специализированных мероприятий и медицинских печатных изданий. Ваше отношение к этому?» 59,7% анкетированных ответили, что врачи должны рассказывать на приеме о тех лекарствах, которые необходимы пациенту, а 30,1% сказали, что врачи не должны заниматься рекламой лекарственных средств.

64,2% респондентов сказали о том, что должен быть перечень антибиотиков, которые можно продавать без рецепта врача и лишь 17,9% ответили, что антибиотики нельзя продавать без рецепта, потому что это может навредить здоровью пациента. Тем самым является очевидным, что население недостаточно осведомлено о действии антибиотиков на организм человека. Максимум, что знают люди, – это то, что антибиотики «убивают» микрофлору кишечника, но и это не является проблемой, так как есть такие препараты как «Линекс» и «Аципол», которые, если верить рекламе, восстановят микрофлору за несколько приемов. Но мало кто из людей, не имеющих медицинского образования, знает, что «anti bios» в переводе с латинского дословно означает «против жизни» и о том, что антибиотики уничтожают не только болезнетворные бактерии, но и те бактерии, которые необходимы организму человека для нормального функционирования. И это далеко не всегда бактерии кишечника.

На вопрос «Если ребенок заболел, чего *не* должны делать родители?» 53,5% респондентов ответили, что не нужно читать в Интернете, какое заболевание может соответствовать этим симптомам и как его лечить. 34,5% респондентов указали на то, что родители не должны спрашивать у знакомых, не болел ли их ребенок чем-то подобным или спрашивать совета у фармацевта. 7% считают, что, если ребенок заболел, то не нужно обращаться к врачу. 5,2% выбрали вариант «другое», в том числе обращение к нетрадиционной медицине и мнение о том, что себя можно лечить «чем попало», а ребенка нужно лечить только проверенными способами (проверенными кем?).

На вопрос «Как часто Вы посещаете врача?» 43,4% опрошенных ответили, что посещают врача несколько раз в год (возможно, по причине заболевания ребенка). 25,7% выбрали вариант «один раз в год», 3,9% – «несколько раз в месяц». Мы можем предположить, что несколько раз в месяц к врачам обращаются пациенты с тяжелыми формами хронических заболеваний, либо с онкологией. 27% обращаются к врачу 1 раз в несколько лет.

На вопрос об удовлетворенности нынешней российской системой здравоохранения 53,5% анкетированных ответили, что частично удовлетворены системой здравоохранения, а 42,6% ответили, что полностью не удовлетворены. Полностью удовлетворенных российской системой здравоохранения оказалось всего 1,8% респондентов.

В анкете присутствовал также открытый вариант вопроса «По Вашему мнению, что нужно изменить/добавить в нынешнюю систему здравоохранения для того, чтобы она стала лучше». После проведенного анализа ответов на данный вопрос мы выделили несколько основных проблем, о которых говорят большинство респондентов:

1. Врачи (квалификация, обучение, начиная с медицинского ВУЗа, заканчивая повышением квалификации не «для галочки», толерантность, коммуникация с пациентом, отношение к профессии);

2. Финансирование: как зарплата и уровень жизни медицинского персонала, так и общее финансирование системы здравоохранения;

3. Система ОМС (расширение системы и ее прозрачность);

4. Оборудование больниц и поликлиник (особенно, что касается небольших населенных пунктов);

5. Доступность медицинской помощи. Сюда входят: очереди к специалистам, проблемы с записью на прием, время приема на каждого человека, количество врачей («узких специалистов»), невозможность получить рецепты, бюрократия в системе здравоохранения («врачу некогда смотреть на пациента, он заполняет бумаги»), невозможность быстро попасть к врачу в маленьких населенных пунктах из-за закрытия фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП);

6. Престиж профессии медицинского работника (в последнее время все чаще СМИ освещают проблему некорректного отношения со стороны пациентов к медицинским работникам);

7. Коррупция в системе здравоохранения.

Исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что население РФ активно использует практики самолечения, получая информацию из различных источников: от родственников/друзей/знакомых, из Интернета, прислушиваются к советам фармацевтов. Это происходит по причинам доступности слишком большого количества информации на медицинские темы, распространяемого в сети Интернет, снижения доверия врачам, роста доверия фармацевтам и неудовлетворенности организацией системы оказания квалифицированной медицинской помощи. Как видно из

результатов анкетирования, треть людей посещают врача один раз в несколько лет и почти половина опрошенных при первых симптомах заболевания принимают лекарство, которое считают необходимым, при этом, большинство респондентов – образованные люди с финансовым достатком не ниже среднего.

Отвечая на вопрос об изменениях, которые необходимо внести в систему здравоохранения РФ, граждане все больше писали об очередях, невозможности записаться к врачу и недоступности медицинской помощи, а также о том, что, если все-таки удалось попасть к врачу, то:

1. Возможно, тебе поставят неправильный диагноз и при этом врач может нагрубить;

2. Тебе придется пройти еще много врачей и диагностических процедур, на которые тоже невозможно записаться, а после записи необходимо отстоять огромную очередь.

Все это ведет к снижению посещаемости работоспособным населением врачей с целью профилактики и предупреждения заболеваний на ранних стадиях вследствие отсутствия времени у граждан и недоверия медицинским работникам.

Одним из исследовательских методов, призванных подтвердить или опровергнуть гипотезу об остроте проблемы применения практик самолечения, является анализ спровоцированных документов (контент-анализ) – описание конфликтов в современной аптеке, выполненные студентами заочной формы обучения, фармацевтического факультета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» в 2013-2015 гг. Данный метод помог нам понять позицию работников фармацевтической индустрии и изучить конкретные кейсы (случаи) применения практик самолечения гражданами. Собранный материал является уникальным, поскольку содержит достоверные и полные описания повседневных практик и фармацевтов, и покупателей в аптеке.

В апреле 2017 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выступила с глобальной инициативой по сокращению количества ошибок применения лекарственных средств. Специалисты призывают страны найти способы повышения безопасности назначения, отпуска и приема препаратов, а также информированности пациентов о рисках, связанных с неправильным использованием лекарств [5]. По данным ВОЗ, каждый день в мире из-за неправильного применения лекарств умирает один человек, а экономический ущерб от них, по оценкам, составляет 42 млрд долларов США в год – почти 1% совокупных глобальных расходов на здравоохранение. Как сообщают в ВОЗ,

ошибки могут совершать и пациенты, и медики при выборе лекарственного средства, определении правильной дозировки, пути введения или момента приема. В том числе, ошибки могут быть следствием усталости медиков, перегруженности больниц, нехватки персонала, низкого уровня подготовки и предоставления пациентам неправильной информации [7].

Но медикализация давно стала средством заработка, как врачей, так и агентов фармацевтической промышленности, а также средств массовой информации. Фармацевт М., работающая в аптеке г. Екатеринбурга Свердловской области пишет: *«В аптеке, где я работаю, имеется система, направленная на повышение выручки и в то же время медикализации населения. На обучающих тренингах нас учат, как сделать дополнительные продажи. Второй фактор – это рекламные акции в аптечных сетях, бонусные программы. Это все приводит к тому, что люди покупают препарат, который им совсем не нужен в данной ситуации».*

Многие специалисты, работающие в аптеках, отмечают, что отношения между и фармацевтом и покупателем («пациентом») постепенно переходят на новый уровень вследствие загруженности пациента, дезорганизации системы здравоохранения, снижения уровня толерантности и заинтересованности медицинских работников. Например, фармацевт А., работающая в аптеке г. Екатеринбурга, указала на следующее: *«Как показывает практика, из 100% посетителей аптеки только 35% предварительно обращались к врачу. Все остальные решительно не считают нужным это делать, ссылаясь на нежелание сидеть в очереди, отсутствие времени или на некомпетентность своего лечащего врача, либо на недоброжелательность со стороны врача, т.е. нежелание работать с пациентом, объяснить схему, особенности назначаемого лечения. Поэтому довольно часто фармацевт вынужден брать на себя обязанности доктора, назначать лечение самостоятельно или разъяснять все непонятое пациентом на приеме у доктора».*

Фармацевты в своих текстах – описаниях конфликтов в современной аптеке – приводят немало конкретных примеров откровенного самолечения со стороны покупателей, при этом покупатели объясняют и причины, по которым они решили лечиться, избегая посещения врача. Фармацевт А. пишет: *«Многие покупатели приходят в аптеку без рецепта и просят какой-либо рецептурный препарат. Например, очень многие просят антибиотики, говорят, что не хотят сидеть в очереди в больнице, не хотят идти на больничный на работе, но им нужно скорее выздороветь».*

Как мы понимаем, и пациенты, и специалисты в лице фармацевтов говорят об одних и тех же причинах, приводящих к факту того, что россияне начинают лечиться самостоятельно. Но проблема стала еще более острой вследствие того, что появляется все больше источников информации и видов медицинского консультирования вне стен лечебно-профилактических учреждений.

В качестве объектов анализа мы использовали телевидение, а именно, количество, время и тематику телепередач, демонстрируемых телеканалами в России, рекламу, распространяемую на телевидении и поисковые запросы в Интернете, которые касаются предложений онлайн-консультаций врачей различного профиля и поиска заболеваний по симптомам. Предметом анализа является негативное влияние СМИ на принятие решения о самолечении гражданами Российской Федерации. Особенностью данного исследования является подтверждение наших выводов мнениями работников аптек.

Так, например, широкое распространение получили интернет-консультации по вопросам здоровья. Сейчас можно найти немало Интернет-сайтов, которые предлагают услуги врачей онлайн. Но каким образом врач может поставить диагноз, не видя человека и не имея никаких результатов исследований? Вопрос остается риторическим.

При формировании запроса в поисковой строке «Яндекса»: «Консультация врача...» всплывает самая распространенная комбинация слов, набираемых гражданами РФ: «Консультация врача онлайн» и мы видим 109 млн результатов. Конечно, не все результаты поискового запроса именно об онлайн-консультациях, но даже на первой поисковой странице мы видим 10 различных сайтов, предлагающих удаленные консультации врачей. К ним относятся: «health.mail.ru», «MedOtvete.me», «03online.com», «MedAboutMe.ru» и другие.

Кроме интернет-консультаций в Сети присутствует множество сайтов, распространяющих информацию на медицинскую тематику. Данная информация связана с постановкой диагноза по симптомам и дальнейшим лечением. Н., фармацевт из аптеки Екатеринбурга отмечает: *«Специалисты утверждают, что виной всему Интернет. Именно благодаря глобальной интернетизации населения... и присутствию в Сети многочисленных научных и вовсе ненаучных медицинских сайтов, люди ударились в самолечение. Врачи же отмечают, что на деле ситуация с медицинской грамотностью прямо противоположная. Обилие информации о лечении заболеваний и лекарствах просто*

запутывает людей, вводит в опасные заблуждения, давая ощущение ненужности похода к врачу, медицинского обследования».

Стоит упомянуть и о СМИ. Реклама лекарственных средств имеет широкое распространение в РФ. Реклама может быть не только непосредственно в рекламном ролике, но и в телевизионных передачах с участием известных людей, чаще врачей по образованию. Так, по нашим подсчетам, в будние дни в утреннее время транслируется 5 телевизионных программ о здоровье и лечении ежедневно, в том числе «Школа доктора Комаровского» – телепередача о детском здоровье. В выходные дни количество программ о здоровье равно 4. Фармацевт И., работающая в аптеке поселка в Свердловской области, пишет: *«Моя бабушка года 2 назад сказала: «Ирина, мне нужно лекарство такое, чтобы, приняв его, прошли все мои недуги (болезни)». А недугов у бабушки много: спина и колени ноют, сердце «не работает», желудок болит, и голова кружится. Одним словом, ей нужна «таблетка от старости». С такой просьбой ко мне обращается много клиентов (пациентов) преклонного возраста, особенно это заметно в следующих случаях: выйдет в прокат новая реклама какого-либо лекарственного препарата, так было с «Панангином», и продажи его сразу выросли более чем на 30%. Ранее заявку делали на 30-35 упаковок, а стали по 50-60. Или другой пример: как вышла в эфир передача с участием Е. Малышевой «Жить здорово», то возросли продажи тех препаратов и БАД, которые там рекомендовались. Так было с препаратом «Аспирин кардио»: если ранее мы заказывали 1 упаковку на неделю (бывало, товар лежал и дольше), то после рекламы в этой передаче, заявка возросла до 5-7 упаковок в неделю».*

В качестве другого примера можно назвать препарат «Милдронат», в состав которого входит мельдоний. Данный препарат активно рекламируется в настоящее время на центральных каналах. «Милдронат – я в силах это сделать!»: так звучит рекламный слоган. Мало кто знал о существовании Мельдония до скандалов с применением допинга нашими спортсменами. Как написано в аннотации к «Милдронату», «механизм действия мельдония определяет широкий спектр его фармакотерапевтических свойств. Прием этого препарата способствует повышению работоспособности, снижает выраженность проявлений психического, интеллектуального и физического перенапряжения, активизирует тканевой и гуморальный иммунитет». Между тем, мельдоний – это серьезный «сердечный» препарат.

Фармацевт И. пишет: *«Главная проблема – это реклама лекарственных средств (из 15 рекламных роликов 12 о лекарствах). Она побуждает человека к самолечению, неверной трактовке (в рекламе выздоравливают за считанные секунды). Я считаю, что нужно запретить рекламу лекарственных средств. Моя бабушка наглядный пример: «...Купи мне лекарство, которое показывают по телевизору, может оно мне поможет...». А то, что не рекламируют, это для них [пациентов] не авторитетно: «Не слышала, не знаю». Во-вторых, я считаю правильным курс правительства на рецептурный отпуск препаратов. Вообще все должно идти через врача (но и тут возникают соответствующие проблемы)».*

Вследствие того, что средства массовой информации и Интернет играют огромную роль в применении практик самолечения населением РФ, необходимо сократить количество и повлиять на качество специализированной информации, доступной пациентам. Это возможно только путем законодательного регулирования.

В России можно свободно, без рецепта купить практически любое лекарственное средство. Несмотря на законодательные ограничения, частные аптеки продолжают продавать антибиотики, средства, содержащие вещества из перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. И контроль за этим практически отсутствует. По нашему мнению, действительно нужно ужесточать контроль над аптеками и разрабатывать систему серьезных штрафов за нарушение законодательства в части отпуска рецептурных препаратов без рецепта.

Выводы:

1. Одной из основ реформирования российской системы здравоохранения является повышение ответственности пациентов за свое здоровье. Сейчас граждане РФ считают, что медицина всемогуща и медицинский персонал априори обязан им. Обязан лечить, обязан слушать, обязан сочувствовать. Но сами пациенты решительно ничего не хотят делать для того, чтобы избежать возможных заболеваний, а в случае их возникновения стараться как можно быстрее «вылечить» их, прибегая к практикам самолечения и, тем самым, ухудшая свое состояние. Возможно, необходимо ввести уроки «медицинского воспитания» в старшие классы средней школы/колледжи и продолжать их в высших учебных заведениях для формирования общества ответственных за свое здоровье пациентов, понимающих, что врач – не волшебник и, если человек сам себе наносит вред, то помочь ему в дальнейшем будет очень трудно.

2. Необходимо работать с пациентами в части профилактики применения самолечения, а именно, больше информировать о вреде данной практики, приводить статистику, размещать информационные плакаты и бюллетени в медицинских учреждениях и аптеках.

3. Востребовано формирование нового типа пациента – действительно ответственного за свое здоровье, пациента как разумного потребителя лекарственных средств. Возможно, необходимо ввести уроки медицинского просвещения и гигиены в школах, колледжах и вузах для того, чтобы изначально в человеке формировался разумный в отношении медицины и своего здоровья тип поведения. Большое значение имеют также программы стимулирования ответственного пациентского поведения, дифференциация в программах медицинского страхования и пр.

Список литературы:

1. Унгурияну Т.Н. Субъективная оценка и восприятие риска здоровью различными группами населения // Анализ риска здоровью. - 2013. - № 3. - С. 82-87.

2. Бузинов Р.В., Унгурияну Т.Н. Оценка риска, связанного с поведенческими факторами образа жизни // Анализ риска здоровью. - 2013. - № 2. - С. 45-48.

3. Максимова Т.Н. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. - М.: ПЕР СЭ, 2002.

4. Неблагоприятные побочные реакции лекарственных средств (пособие для врачей) // Под редакцией А.Т.Бурбелло. - СПб.: Б.и., 2008.

5. Лебедева-Несевря Н.А. Риск-коммуникации как инструмент управления здоровьем населения // Анализ риска здоровью. - 2014. - № 2. - С. 83-89.

6. Лебедева-Несевря Н.А. Методические вопросы оценки риска, связанного с воздействием поведенческих факторов на здоровье населения // Анализ риска здоровью. - 2016. - № 2 (14). - С. 10-18.

7. Доктор Питер: [электронный ресурс]. – режим доступа: <http://doctorpiter.ru/articles/16641/>

© Курлапов М.Н., Алдушина А.Д.

УДК 37.013

ВЛИЯНИЕ АНСАМБЛЕВОГО МУЗИЦИРОВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Курлапов М.Н.¹, Алдушина А.Д.²

¹Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Уральский Федеральный Университет» им. Первого президента России Б.Н. Ельцина

²Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Резюме. В данной статье рассматриваются особенности работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в рамках занятий музыкой, в частности – ансамблевым исполнительстве. Подчеркивается важность использования музыки в рамках работы с детьми с ОВЗ. Предлагается ряд игр, которые можно использовать на занятиях.

Ключевые слова: ансамблевое музицирование, игровые методы работы, дети с ОВЗ, коррекционная работа, формирование навыков взаимодействия.

THE INFLUENCE OF ENSEMBLE MUSIC MAKING ON THE DEVELOPMENT OF INTERACTION SKILLS IN CHILDREN WITH DISABILITIES

M.N. Kurlapov ¹, A.D. Aldushina ²

¹Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «Ural Federal University named after the first President of Russia B.N.Yeltsin»

² Federal State Educational Institution of Higher Education «Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. This article discusses the features of working with children with disabilities in the framework of music classes, in particular, ensemble performance. The importance of using music in the framework of working with children with disabilities is emphasized. A number of games are offered that can be used in the classroom.

Key words: ensemble music making, game methods of work, children with disabilities, correctional work, the formation of interaction skills.

Введение

Кардинальные социокультурные и экономические преобразования, происходящие в нашем обществе, сформировали целый ряд предпосылок, обусловивших необходимость новых подходов в образовании. Одной из таких предпосылок можно считать создание целого ряда образовательных стандартов и федеральных государственных требований для института образования в Российской Федерации. Согласно заложенным в них метапредметным результатам, у подрастающего поколения необходимо формировать умение слушать собеседника и вести диалог, готовность признавать возможность существования различных точек зрения и права каждого иметь свою, излагать свое мнение и аргументировать свою точку зрения и оценку событий, тем самым дав ребенку не только знания, но и обеспечить создать наилучшие условия для его общекультурного, личностного и познавательного развития. Благодаря современному закону об образовании становится возможным включение детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в процесс обучения в общеобразовательных школах и учреждениях дополнительного образования.

Для лучшей адаптации и включения в образовательный процесс детей с ОВЗ необходимо учитывать ряд специфических особенностей их развития, таких как расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения, нарушения развития речи, внимания, повышенная возбудимость, импульсивность, снижение работоспособности и способности к целенаправленному организованному поведению, чрезмерная двигательная активность. Данные особенности неразрывно связаны с тенденцией к снижению нейродинамических процессов и повышенной истощаемостью, что требует частой смены деятельности во время занятий, включения двигательной активности, а также игровых методов работы. В том числе большую роль имеют занятия различными видами искусств, которые оказывают терапевтический и коррекционный эффект в работе с детьми с различными проблемами развития.

Цель работы

Предложить варианты игровых заданий, которые будут способствовать социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья и формированию навыков взаимодействия.

Материалы и методы

В работе были использованы теоретические методы, такие как анализ и обобщение музыковедческих, психолого-педагогических исследований по проблеме исследования. Эмпирические методы: беседа, творческое задание, наблюдение.

Результаты и обсуждение

В современных подходах коррекционной работы через искусство (в частности музыку) можно выделить несколько направлений: психофизиологическое (связанное с положительным воздействием музыки на различные функции организма), психотерапевтическое и психологическое (связанные с воздействием на когнитивную и эмоциональную сферу личности), социально-педагогическое (обеспечивающее повышение эстетических потребностей, расширение общего и музыкального кругозора, активизацию потенциальных возможностей ребенка с проблемами в музыкальной деятельности и творчестве).

Благодаря применению данных подходов был сделан ряд важных выводов, имеющих практическое значение: положительные эмоции, получаемые от занятий музыкой, оказывают терапевтическое воздействие на весь организм в целом, способствуют стабилизации психоэмоционального состояния. Как отмечают в своих работах С.М. Мидовская и Е.А.Медведева занятия музыкально-ритмическими движениями повышают общий тонус детей с ограниченными возможностями здоровья, способствуют формированию двигательной сферы, регулируют деятельность всех систем организма, формируют произвольность психических функций. Психологический аспект воздействия музыки на детей с ОВЗ прежде всего связан с коррекцией нарушений познавательной и эмоционально-личностной сферы [1,2].

Б. М. Теплов в своих работах выделяет различные виды музыкальной деятельности, к которым относятся слушание и исполнение музыки [3]. Многие авторы, занимающиеся вопросами влияния музыки на развитие ребенка, указывали на неоспоримую пользу слушания музыки, особенно классической.

В тоже время вопрос о влиянии исполнения музыки на развитие ребенка является не менее важным. В ряде медицинских и психологических исследованиях были получены данные об активации созревания мозга при раннем музыкальном обучении, о влиянии его на эмоциональное и когнитивное развитие детей. В процессе обучения игре на музыкальном инструменте происходит развитие большинства сенсорных и моторных функций, обеспечивая формирование межфункциональных связей. В своих

работах Г.Ю. Маляренко, Т.Н. Маляренко указывают на положительное влияние на созревание структур мозга ребенка за счет пролонгированного сенсорного притока. Музыка активизирует развитие альфа-ритма, оказывает влияние на умственную и физическую работоспособность, оптимизирует мозговое кровообращение и работу сердца, усиливает интеграционные процессы в мозге на разных уровнях [4,5].

Исследование Ж.М. Глозман и А.Е. Павлова достоверно подтвердило, что один год занятий музыкой влияет на развитие пространственных и кинетических функций у детей младшего школьного возраста [6]. Обучение игре на музыкальном инструменте стимулирует развитие внимания, функций программирования и контроля произвольной деятельности.

Занятия музыкой оказывают не только развивающее, но и коррекционное влияние. Так, Т. Б. Юдовина-Гальперина, автор уникальной методики музыкального обучения, учитывающей особенности физиологического развития детей и отклонений этого развития, в течение многих лет занималась музыкой с детьми с различными патологиями и получала очевидные коррекционные результаты [7].

Важным аспектом для адаптации и включения детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательный процесс является расширение социального опыта, умение адекватно общаться, взаимодействовать в совместной деятельности со сверстниками и взрослыми. Такому включению может способствовать участие в коллективных видах творчества, в частности – ансамбле, занятии в котором создают естественную среду для формирования навыков взаимодействия.

Ансамблевое исполнительство в музыкальном искусстве, как указывают Р. Р. Давидян, Б. К. Караев, Р. К. Хурматуллина, Л. Л. Дедук является промежуточным между коллективным и сольным творчеством. Участие в ансамбле уравнивает личные и коллективно-групповые начала – это позволяет самовыражаться каждому участнику, проявляя свою самость через ощущения целостности и совместности бытия и творчества. В вопросах развития навыков взаимодействия у детей с ОВЗ в ансамблевой деятельности есть своя специфика, обусловленная особенностями, описанными выше.

Как указывалось, ранее, для формирования навыков взаимодействия необходимо включать игровые методы работы. Для понимания способов взаимодействия между собой в ансамбле, ребятам необходимо научиться воспринимать движения и жесты друг друга (и дирижера, при его наличии в коллективе). Для этого могут применяться следующие игры: «Зеркало» и «Эхо». В игре «зеркало» ребенку необходимо точь-в-

точь показать тот «дирижерский» жест, который до этого показал другой участник ансамбля или дирижер-руководитель. В игре «эхо» выбирается жест, «несоответствующий» содержанию музыкального произведения. При этом остальные должны указать на то, что было неверным в жесте и, предложив другой вариант, показать жест правильно.

Немаловажным для детей с ОВЗ является коррекция импульсивности, снижения целенаправленного и организованного поведения, устойчивости и концентрации внимания. Для этого можно использовать игру «дождись», суть которого заключается в том, что во время работы дирижер-руководитель может резко увеличить темп, уменьшить динамику, сделать новую фермату. Каждый из детей должен как можно быстрее среагировать и изменить свое исполнение. Также важным моментом является тренировка адаптации детей к смене внешних условий.

Для формирования навыков речевого взаимодействия детей с ОВЗ следует включать в работу со всей группой участников ансамбля. Для этого подойдет игра «расскажи интересно другу о произведении». Наиболее легкой и понятной темой для детей являются танцы, поэтому предлагается программа «Танцы народов мира». Как правило, изначально дети не обладают обширной информацией на эту тему и не могут рассказать, чем один танец отличается от другого, в какой стране появился тот или иной танец и как его исполнять. Поэтому детям предлагается найти по несколько фактов о том или ином танце и рассказать другим. Например, детей могут заинтересовать факты: легенда о происхождении названия танца «Тарантелла» гласит, что если человека укусил тарантул (паук), то необходимо постоянно и очень быстро двигаться, и только в этом случае человек не умрет. Включение таких интересных и эмоционально насыщенных фактов способствует развитию произвольного внимания и снижению импульсивности, а также лучшему пониманию материала.

Для этой же цели можно применить задание «представь произведение от имени композитора». В котором детям предлагается в малых группах по 2-3 человека подготовить по каждому из исполняемых, коллективом, танцев сообщение и сделать презентацию, в которой повествование идет от имени автора. А также выучить и продемонстрировать основные движения танца, про которой они подготовят сообщение. Для выполнения данного задания предлагается включить ребенка с ОВЗ в малую группу с другими детьми. Для лучшего понимания, а также для опоры на несколько каналов восприятия, детям рекомендуется включать в свою презентацию

изображения картин того или иного времени, аудио записи танцев. Так же важным будет включение в презентации фрагментов исторических фильмов с дворцами, рассказами о культуре и быте [8].

Выводы

Таким образом для лучшей адаптации и включения в образовательный процесс детей с ОВЗ, а также для коррекции таких особенностей как расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения, нарушения развития речи, внимания, импульсивность и снижения способности к целенаправленному организованному поведению необходимо включать таких детей в общие группы сверстников, используя в работе адекватные по уровню сложности задания, чередуя различные виды деятельности во время занятия, включая двигательную активность, а также игровые методы работы. Предложенные в статье варианты игровых заданий способствуют социальной адаптации детей в группе (как между собой, так и со взрослыми), способствует формированию навыков взаимодействия, снижает уровень тревожности по поводу ошибок.

Список литературы

1. Медведева Е.А. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 224 с.
2. Мидовская, С.М. О коррекционных возможностях эстетического воспитания учащихся вспомогательной школы / С.М. Мидовская // Дефектология. – 2010. – №4. – С. 55-62.
3. Теплов Б. М. Психология музыкальных способностей / отв. ред. Э. А. Голубева и др. Москва: Наука, 2003. 379 с.
4. Маляренко Г. Ю. Музыка и мозг ребенка. Тамбов: Тамбовский государственный университет им. Г. Р. Державина, 1988. 94 с.
5. Маляренко Т. Н., Кураев Г. А., Маляренко Ю. Е. Развитие электрической активности мозга у детей 4-х лет при пролонгированном усилении сенсорного притока с помощью музыки // Физиология человека, 1996. Т. 22, № 1. С. 82–87.
6. Глозман Ж. М., Павлов А. Е. Влияние занятий музыкой на развитие пространственных и кинетических функций у детей младшего школьного возраста // Психологическая наука и образование. 2007. № 3. С. 35–46.
7. Юдовина-Гальперина Т. За роялем без слез, или я – детский педагог. С.-Петербург: Союз художников, 2002. 236 с.

8. Курлапов, М. Н. Методика формирования навыков художественного общения младших школьников в ансамбле скрипачей / М. Н. Курлапов. – Текст : непосредственный // Педагогическое образование в России. – 2020. – № 4. – С. 59-64.

© Зиновьева Н.А., Буторин Г.Г., Бенько Л.А.

УДК

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Зиновьева Н.А.¹, Буторин Г.Г.², Бенько Л.А.¹

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

² Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Резюме. Целью написания данной статьи стало, рассмотрение вопросов суицидального поведения подростков, которые употребляют психоактивные вещества. В теоретической части работы рассматриваются проблемы, причины и методы борьбы подростковой наркомании. Приводятся статистические данные подростков, совершивших суицид или суицидальные попытки в наркотическом опьянении. Представлены четыре стадии развития подростковой наркомании. Рассмотрены вопросы профилактики наркомании подростков в России и за рубежом.

Ключевые слова: Наркотические вещества; подростки; суицид.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS USING PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Zinovieva N.A.¹, Butorin G.G.², Benko L.A.¹

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk

² Ural State Medical University, Ekaterinburg

Summary. The purpose of this article is to consider the issues of suicidal behavior of teenagers who use psychoactive substances. In the theoretical part of the work, the problems, causes and methods of combating adolescent drug addiction are considered. Statistical data of teenagers who committed suicide or suicidal attempts under the influence of drugs are provided. Four stages of development of adolescent drug addiction are presented. Issues of prevention of drug addiction of teenagers in Russia and abroad are considered.

Keywords: Narcotic substances; adolescents; suicide.

Введение

Трудности отклоняющегося поведения подростков – одна из актуальных социальных проблем. Разрушительные процессы, затронувшие различные общественные сферы, повлекли за собой рост наркомании и алкоголизма не только среди взрослого населения, но и среди подрастающего поколения. Родители, которые употребляют алкоголь, наркотики, сами того не подозревая, формируют установку подростков на прием наркотических веществ как «нормального» общепринятого поведения.

Цель работы

Изучение влияния психоактивных веществ на формирование суицидального поведения у подростков.

Материалы и методы

Материалами исследования стали литературные источники, на основе которых делается теоретический обзор отечественных и зарубежных исследователей по данной проблематике. Методами исследования стали описание и анализ наркотической зависимости и клинико-психологических особенностей формирования суицидального поведения у подростков, употребляющих психоактивные вещества.

Результаты и обсуждение

Суицидом называют осознанное лишение себя жизни, которое заканчивается летальным исходом. Лица, которые пытаются прибегнуть к суициду, испытывают сильнейшую душевную боль и пребывают в стрессовом состоянии, не находят выхода из неблагоприятной ситуации кроме самоубийства.

Суицидальное поведение есть проявление суицидальной активности, то есть у человека имеют место мысли и намерения, попытки шантажа и угрозы, а также покушения на свою жизнь.

Суицидентом называют человека, который либо совершил попытку суицида, либо демонстрирует готовность к нему (суицидальные наклонности).

Суицидальные попытки совершают 6% подростков-мальчиков 10% подростки-девочки. Лишь в 10% случаев суицидальное поведение подростков действительно желают «покончить счеты с жизнью», а в 90% случаев – это обратить на себя внимание. У детей до 13 лет суицидальное поведение встречается редко, а начиная с 14–15 лет отмечается рост суицидальной активности. Пик ее приходится на подростков 16–19-летнего возраста. Около 34% несовершеннолетних повторяют свои попытки самоубийства, причем с каждой новой возрастает вероятность смертельного исхода. До

80% попыток самоубийства совершается днем или вечером – как крик о помощи и привлечении к себе внимания. Около 13% погибших детей и подростков от общей цифры умерших насильственной смертью покончили с жизнью по собственному желанию. До 62% самоубийств среди подростков были совершены по причинам семейных конфликтов, страхом насилия со стороны старших, некорректным поведением учителей и конфликтами с ними, одноклассниками и друзьями, а также с равнодушием окружающих.

По мнению представителей Министерства Внутренних Дел [6], ситуацию с наркопотреблением в стране удалось стабилизировать, всего зарегистрировано по стране примерно 459 тыс. наркозависимых, однако официальная статистика регистрирует лишь тех наркозависимых, которые состоят на учете. Она не показывает, сколько наркоманов в России в 2020 году. Основная их часть не обращается за медицинской помощью, опасаясь потерять работу. Для лечения в платной клинике не всем хватает средств, а прошедшие в них реабилитацию в официальную статистику не попадают. По данным ФСКН [8], в России в 2019 году: всего наркоманов – 6 млн. чел, 20% от общего их числа – школьники 9-13 лет, 60% — молодые люди 16-30 лет, около 20% — старше 30 лет.

Если посмотреть статистику самых популярных стран, где превышает уровень употребления наркотических средств, к ним относятся: Иран, Великобритания, Франция, Словакия, Россия, Афганистан, США, Бразилия, Мексика, Канада, Австралия. В мире наиболее популярны следующие наркотики: алкоголь, [конопля](#), [кокаин](#), галлюциногены, героин, [метамфетамин](#), экстази, никотин, [лекарственные препараты](#).

Статистика подростковой наркозависимости за 2018 год по данным исследования мировой всемирной организации здравоохранения ВОЗ выглядит следующим образом:

Самый большой сегмент, 60% от всех потребителей наркотиков — [молодежь](#) 16-30 лет.

Тревожные цифры: 100 тыс./год зависимых умирает от передозировки; десятки тысяч наркоманов умирает от сопутствующих болезней; 90% участников преступности — наркозависимые; более 90% случаев заражения ВИЧ — инъекция наркотика; 70% зависимых попробовали ПАВ первый раз в общественных учреждениях — школе, дискотеке, клубе; наркоман привлекает к употреблению около 15 человек; за последние 10 лет смертность в среде наркоманов выросла в 12 раз; 235 человек ежедневно пополняют ряды зависимых; В 2010 году Россия стала 3 страной в мире по числу химически зависимых.

Статистика по наркозависимым в России в 2019 году свидетельствует о дальнейшем обострении проблемы: число взрослых наркоманов увеличилось в 8 раз; подростков — в 18 раз; детей — 24,3 раза.

Первые вопросы, связанные с употреблением психоактивных веществ среди подростков, могут проявиться в 6—7 лет [9]. Если родители начинают замечать, что от ребенка исходит запах табачного дыма, это повод для серьезного беспокойства. Курение в таком юном возрасте говорит о том, что у ребенка есть риск формирования наркотической зависимости. Поэтому родители не должны медлить, а сразу обращаться к специалистам.

Наркотическая зависимость может появиться даже после однократного приема наркотиков — этим и страшна наркомания. Первые признаки того, что подросток употребляет наркотические вещества, проявляются уже спустя неделю после начала их приема. О том, что губительный механизм запущен в действие, говорят появившиеся проблемы с учебой, конфликты с учителями, родителями и сверстниками, поздние приходы домой, прогулы школьных уроков. Подросток часто отсутствует дома, у него появляются новые, сомнительные знакомые, с которыми он ведет тайне разговоры. Поведение наркомана также меняется. Подросток становится раздражительным, грубым, у него часто без причины меняется настроение, он стремится к уединению. Наблюдаются нарушения сна и аппетита. Существуют также и физические признаки, указывающие на то, что подросток пристрастился к наркотикам: суженные или расширенные зрачки, независимо от освещения; медленная и невнятная речь; нарушение координации движений; очень бледная кожа; плохая память и депрессивное состояние.

Сегодня традиционно выделяют четыре стадии развития подростковой наркомании.

Первая стадия – первый прием (или несколько приемов) наркотика. Подросток употребляет наркотический препарат «за компанию», провоцируемый более опытными сверстниками или ребятами постарше. Зависимости не возникает, эйфория на этом этапе подростковой наркомании слабо выражена. Нередко преобладают неприятные физиологические эффекты. Основное значение первой стадии – устранение психологического барьера, исчезновение внутреннего запрета на прием наркотиков.

Вторая стадия – возникновение эйфории. Подросток начинает чувствовать эйфорию в состоянии интоксикации и начинает рассматривать прием наркотика, как способ быстро и без особых усилий получить удовольствие. Наркотическая зависимость на этой стадии подростковой наркомании отсутствует, продолжение употребления обусловлено приятными ощущениями и потребностью быть частью группы, разделять ее интересы.

Третья стадия подростковой наркомании – развитие психической зависимости. При слишком долгом перерыве между приемами подросток чувствует раздражительность, тревогу и беспокойство. Теперь поводом для дальнейших употреблений становится не только эйфория, но и потребность устранить неприятные ощущения.

Четвертая стадия подростковой наркомании – возникновение физической зависимости. При отмене наркотического препарата возникают очень неприятные, порой болезненные вегетативные и соматические симптомы (ломка). Проявления абстинентного синдрома зависят от характера употребляемого психоактивного вещества.

Возможными мотивами потребления наркотических и токсикоманических средств подростками являются:

Индивидуальные мотивы – любопытство; стремление получить удовольствие (физическое, психологическое); нейтрализация отрицательных эмоций; стремление выйти из состояния скуки, бездействия.

Социальные мотивы – желание занять место в группе сверстников и соответствовать принятым в ней нормам, подражание друзьям; подчинение угрозам и давлению со стороны наркоторговцев.

Патологические (болезненные) мотивы – мотивы ухода (назло себе, взрослым); потеря смысла жизни; протест, ощущение себя лишним в жизни; поведение, обусловленное психическими расстройствами; биологическая потребность на стадии физической зависимости от психоактивного вещества.

Известно, что самой распространенной причиной смерти от наркотиков является передозировка, которая нарушает работу внутренних органов и вызывает остановку сердца. Систематическое употребление психотропных веществ ведет к изменению сознания, провоцирующему на самоубийство; ломке и галлюцинациям, приводящим к случайной гибели; возникновению тяжелых хронических патологий, часто смертельных; заражению ВИЧ-инфекцией от применения нестерильных шприцев; к связи с криминальным миром и насильственной смерти. Люди, систематически принимающие даже легкие наркотики, живут не больше 6 лет. Прием ЛСД сокращает этот срок до 3–4 лет. Употребление героина дает шанс прожить один год, переживая жестокую ломку. О том, сколько героиновых наркоманов в России, нет точных данных. Однако, по данным ФСКН, Россия – главный потребитель афганского героина, поступающего через Среднюю Азию.

Наиболее успешные и эффективные программы профилактики во всем мире активно действуют в США, Англии, Польше, Швеции, Германии и Франции. Если анализировать особенности системы профилактики данных государств и отечественный опыт профилактической работы. Л.А. Никитина [2] отмечает, что профилактическая работа в США отличается широким диапазоном направлений деятельности. Американскими учеными выдвинуто семь основных категорий наркотизации: через семью, религию, школу, организацию досуга, полицию, судебные и законодательные органы. Наиболее важную роль играют программы, ориентированные на ровесников, родителей, общины, в которых живут молодые люди; разработаны программы, ориентированные на «уличную молодежь». Наиболее известный методический прием в США – шефство.

Тут главное влияние оказывается на молодых людей, выступающих в роли шефов, передающих знания более младшим товарищам. Профилактическая работа в Англии, по мнению Л.А. Никитиной, также носит системный характер и охватывает не только детей и подростков, но и педагогов, родителей, которым легче вовремя обнаружить интерес ребенка к наркотикам. В британской системе профилактики можно выделить несколько главных моделей: медицинскую, образовательную, радикально-политическую модели и модель самоусиления. Максимальной профилактической возможностью обладают программы, разработанные в рамках образовательной модели, предполагающие предоставление достоверной информации по проблеме наркомании и обучение навыкам принятия решения.

А. Никитина особо выделяет систему профилактики употребления наркотиков в Польше и Швеции. Здесь происходит работа по следующим направлениям: информирование о вреде наркотиков, обучение, предоставление альтернативной наркотикам деятельности. В Польше также действует модель «мобильной профилактики», согласно которой в школы и подростковые клубы приезжает автобус с подготовленными волонтерами антинаркотического движения и их наставниками. Зачастую волонтерами антинаркотического движения являются подростки, завершившие или завершающие реабилитацию в специализированных центрах. Шведская модель профилактики, как показывает автор, предполагает преимущественно информационно-просветительскую работу, направленную на распространение базовых знаний, выработку у детей и подростков определенного отношения к наркотикам. Во Франции, как отмечают некоторые исследователи [1, 3, 7], используется информационная модель профилактики (публикации, видеофильмы, мультфильмы, реклама в СМИ, телефонное консультирование, Интернет, образовательные и просветительские программы, технологии занятости (работа клубов ЮНЕСКО, спортивных секций и т.д.); технологии интерактивных игр (методика сказкотерапии). В целом, программы первичной профилактики в ряде стран Западной Европы и Америки имеют много общего, построены по одним и тем же принципам: большую часть программ занимает информационно-просветительский и обучающий компонент, активно используется волонтерская работа, подготовка родителей и педагогов [4, 5].

Отечественная профилактическая деятельность антинаркотической направленности имеет свои особенности. М.В. Воронцова [3] отмечает, что за последние 30 лет в России появилось множество программ профилактики:

1. Информационные программы, основная цель которых – предоставление информации подросткам, учителям, родителям и общественности о последствиях употребления наркотиков.
2. Личностно-ориентированные программы, согласно которым подросток не начнет употреблять наркотики из-за внутреннего побуждения.
3. Социально воздействующие программы, исходящие из необходимости развивать умение идентифицировать социальное влияние и обучить, как ему противостоять.
4. Когнитивно-поведенческие программы, рассматривающие употребление наркотиков как следствие воздействия социальных и психологических факторов, считающих наркоманию результатом научения.

5. Модель жизненных умений, являющаяся аналогом западной модели формирования жизненных навыков и интегрирующая в себе социально воздействующий подход, методы обучения умению принимать решения и самоконтролю из когнитивно-поведенческого подхода, методы независимости и уверенности в себе.

На сегодняшний день в России наиболее распространены три основные направления профилактических программ [10, 11]:

1. Информационные, цель которых информирование об особенностях и последствиях употребления наркотиков.

2. Программы тренировки навыков социальной адаптации, направленные на развитие способности к когнитивной оценке проблемной ситуации, формирование позитивной Я концепции, развитие социальной компетентности и эффективных копинг-стратегий.

3. Программы актуализации внутренних ресурсов личности, направленные на помощь в осознании жизненных перспектив и эмоциональной привлекательности будущего без наркотиков; осмысление своего настоящего через призму прошлого и будущего; создание условий, способствующих приобретению нового положительного социального опыта для личностного развития.

Однако несмотря на то, что опыт Запада и Европы в решении вопроса профилактики наркомании подростков гораздо более длительный и объемный, чем в нашей стране, он свидетельствует о необходимости дальнейшей модернизации системы профилактики, что недостаточно учитывается отечественными авторами.

Выводы

Таким образом, несовершеннолетние подростки – это еще не сформировавшиеся личности, которые подвержены большому влиянию извне, т.е. сверстники, школа, среда обитания оказывают крайне негативное воздействие на них. К сожалению, большинство несовершеннолетних, которые приобщены к алкоголю и наркотикам, думают о суицидальном поступке, некоторые уже имели опыт. Это проблема, которая требует самого пристального внимания со стороны государства. Можно махнуть рукой и позволить людям быть такими, какие они становятся. Общество не исчезнет из-за нескольких наркоманов. Однако отсутствие действий в отношении исправления ситуации может привести к деградации всего общества в будущем.

Список литературы

1. Некрасова Ю.О., Данилова М.В. Актуальные формы профилактики наркомании среди молодежи (на примере Владимирской области) // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2013. – № 4. – С. 370–373.
2. Никитина Л.А. Анализ зарубежного опыта профилактики употребления психоактивных веществ в подростковой среде // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2011. – Т. 17. – № 3. – С. 247–251.
3. Воронцова М.В., Дубровская Т.А., Кайгородов П.И. Профилактика наркомании в подростково-юношеской среде: монография. – Таганрог: Российский гос. Социальный ун-т, 2009. – 227 с
4. Шабанов П. Д., О, Штакельберг Ю. Наркомании. Патопсихология, клиника, реабилитация; Лань - Москва, 2012. - 368 с.
5. Ваисов, С. Б. Наркотическая и алкогольная зависимость: практическое руководство по реабилитации детей и подростков / С. Б. Ваисов. - СанктПетербург: Наука и техника (НиТ), 2008. -268 с. - (Мир психологии и психотерапии)
6. Егоров, А. Ю. Возрастная наркология: учеб. пособие для студентов высш. и сред.пед., психол. и мед. учеб. заведений / Егоров Алексей Юрьевич; Ин-т спец.педагогика и психологии Междунар. ун-та семьи и ребенка им. Рауля Валленберга.- СПб.: Дидактика плюс , 2002. -266, [1] с.
7. Рожков М.И. Профилактика наркомании у подростков; Книга по Требованию - Москва, 2013. - 144 с.
8. Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. - М.: Издательский центр «Академия», 2007. - 144с.
9. Как распознать наркомана // Основы безопасности жизнедеятельности. - 2013. - №6. – С. 26–27.
10. Практическое руководство по реабилитации детей и подростков «Наркотическая и алкогольная зависимость», автор С.Б. Ваисов.
11. Коробкина, З. В. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по спец. 03130 - Социальн.педагогика / З. В. Коробкина, В. А. Попов. – 3-е изд., стер.. -Москва: Академия, 2008. – 187 с.

© Жукова Н.В., Чалый С.С., Кухлевская К.А.

УДК 159.9.072

КАРТИНА ЛИЧНОСТИ ТРЕВОЖНОГО ПАЦИЕНТА

Жукова Н.В.¹, Чалый С.С.¹, Кухлевская К.А.¹

¹ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Резюме. В статье рассматриваются вопросы преморбидных особенностей пациентов с тревожными расстройствами личности. Представлены результаты исследования преморбидных особенностей пациентов с тревожными расстройствами личности.

Ключевые слова: преморбидные особенности, тревожное расстройство личности, адаптационные механизмы, характерологические особенности, психотерапевтическое сопровождение.

PERSONALITY PICTURE OF THE ANXIOUS PATIENT

Zhukova N. V.¹, Chaly S. S.¹, Kukhlevskaya K. A.¹

¹Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The article deals with the issues of premorbid features of patients with anxiety personality disorders. The results of a study of premorbid characteristics of patients with anxiety personality disorders are presented.

Key words: premorbid features, anxiety personality disorder, adaptive mechanisms, characterological features, psychotherapeutic support.

Введение

В условиях современной реальности тревога является неотъемлемой частью жизни. Уровень стрессоустойчивости человека не соответствует высоким требованиям окружающего мира. В таких ситуациях он либо адаптируется и формирует адекватные неосознаваемые (психологические защиты) и осознанные (копинг) механизмы реакции на стресс, либо «прогибается» под тяжестью психотравмирующей ситуации. В этом случае под влиянием нестабильной психической деятельности и личностных особенностей неудачные попытки адаптации могут «вылиться» в невротическое расстройство [1, 2].

Тревожные расстройства – самая распространенная проблема психического здоровья во всем мире. В то же время тревога занимает лидирующую позицию по

распространенности среди всех медицинских проблем. Исходя из статистических данных, предоставленных министерством здравоохранения, на 2021 год в Российской Федерации около 5,6 млн граждан страдают психическими расстройствами, среди которых наиболее распространены тревожное и аффективное расстройства. Главным запросом служб психологической помощи является чувство страха, а, как известно, оно и порождает тревогу [1, 2, 3, 4].

Проблематичным остается понимание того, какие преморбидные особенности формируют картину личности пациентов с различной степенью тревожности и какие психотерапевтические приемы могут быть использованы при той или иной степени тревожности, исходя из сформировавшейся картины личности.

В медицине и психологии существует понятие преморбиды. С медицинской точки зрения преморбид — это предшествующее и способствующее развитию болезни состояние (на грани здоровья и болезни), когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены [5]. Преморбидное состояние может либо перейти в выраженную форму болезни, либо через некоторое время закончиться нормализацией функций организма. С точки зрения психологии тоже существует преморбид, только выражен он в особенностях личности, таких как характер, темперамент и адаптационные механизмы (механизмы психологической защиты и копинг-стратегии поведения).

Цель работы

Исследование преморбидных особенностей при разной выраженности ситуативной и личностной тревожности у пациентов с тревожными расстройствами личности и разработка рекомендаций для клинических психологов по сопровождению этих пациентов.

Материалы и методы

Объект исследования – тревожные расстройства личности.

Предмет исследования – преморбидные особенности при разной степени выраженности ситуативной и личностной тревожности у пациентов с тревожными расстройствами личности.

В качестве гипотезы исследования выдвинуто предположение о том, что у пациентов при разной степени выраженности ситуативной и личностной тревожности будет характерная для этой степени картина преморбидных особенностей тревожного

расстройства личности, выявление которой позволит более точно определить приемы и техники сопровождения этих пациентов.

В работе использовались следующие методы:

1. Эмпирические методы:

1.1. Стандартизированные методики: 1) «Шкала депрессии Бека», используемая для диагностики степени выраженности депрессивных симптомов; 2) Методика Ч. Д. Спилбергера, направленная на выявление степени тревожных проявлений личности, в адаптации Ю. Л. Ханина; 3) Опросник «Индекс жизненного стиля (LSI)» Плутчика-Келлермана-Конте, позволяющий выявить наиболее часто используемые механизмы психологической защиты; 4) Опросник Р. Лазаруса «Способы совладающего поведения» предназначен для определения копинг-стратегий поведения, использующихся в ходе преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности; 5) 16-факторный личностный опросник Кеттелла (форма С), позволяющий сформировать картину личности пациента.

1.2. Нестандартизированные методы: в ходе исследования была использована анкета «Знакомство», разработанная самостоятельно, для более подробного ознакомления с личностью и жизнью пациента.

2. Теоретико-методологическая база: концепция тревоги и защитных механизмов З. Фрейда, исследования тревоги Ч. Д. Спилбергера, исследования тревожности А. М. Прихожан, исследования и концепция копинг-стратегии Р. Лазаруса, бихевиористская концепция тревоги, исследования И. Тейхмана и др. [1-3, 11-14, 16, 27, 28, 34-41].

3. Статистические методы обработки результатов: 1) Критерий χ^2 Пирсона для проверки нормальности распределения; 2) Метод ранговой корреляции Спирмена использовался для обнаружения корреляционных связей между преморбидными особенностями и различными степенями тревожности.

Базой для проведения эмпирического исследования послужила ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», а именно, «острое» мужское психиатрическое отделение №5 и №18, женское психиатрическое отделение №2 и №6. Проводился свободный опрос при помощи Google Форм. В исследовании приняли участие 44 человека с тревожным состоянием, среди которых 13 мужчин и 31 женщина. Возрастной диапазон выборки – от 18 до 72 лет.

Результаты и обсуждение

Тревожное расстройство личности изучалось с помощью методики «Шкала тревоги Спилбергера». В ходе обработки результатов было выявлено процентное соотношение степеней выраженности ситуативной и личностной тревожности у всех респондентов. Результаты представлены на рисунке 1.

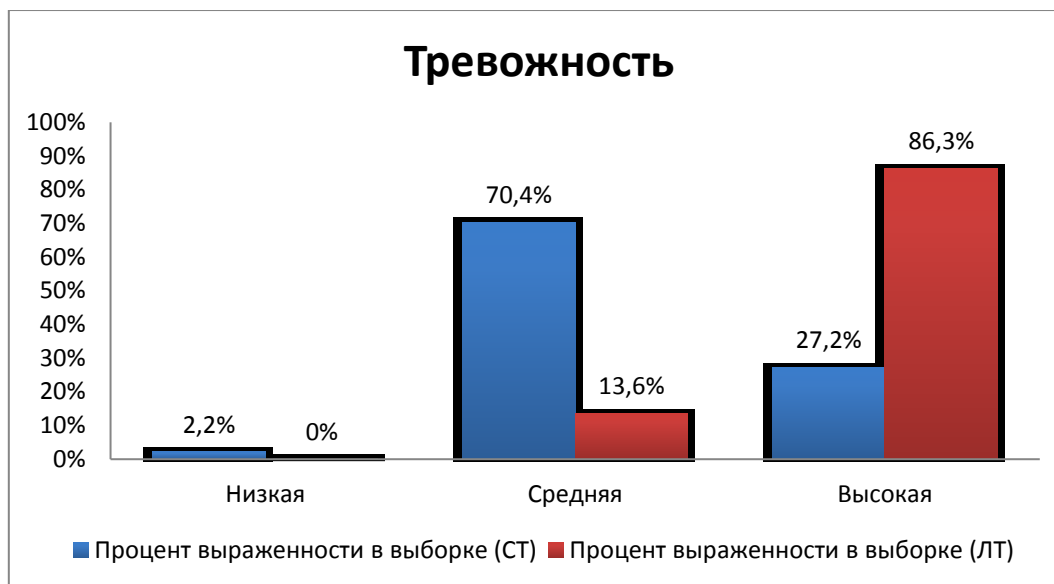


Рисунок 1. Процентная выраженность тревожности. Методика «Шкала тревоги Спилбергера»

Результаты, представленные на рис. 1 показывают, что в обследуемой группе преобладает средняя степень выраженности ситуативной тревожности (70,4 % респондентов), что свидетельствует о склонности респондентов испытывать чувство тревоги в условиях реальной ситуации. 86,3 % респондентов имеют высокую степень личностной тревожности, что свидетельствует о склонности респондентов испытывать состояние тревоги без учета реальной ситуации. Таким образом, можно сделать вывод, что обследуемая группа имеет тревожные расстройства.

Повышенная тревожность способствует тому, что человек любую угрозу извне расценивает как угрозу его самооценке и жизнедеятельности, что порождает состояние тревоги.

Для оценки уровня выраженности депрессивных симптомов использовалась методика «Шкала тревоги Бэка». Результаты процентной выраженности симптомов депрессии представлены на рисунке 2.

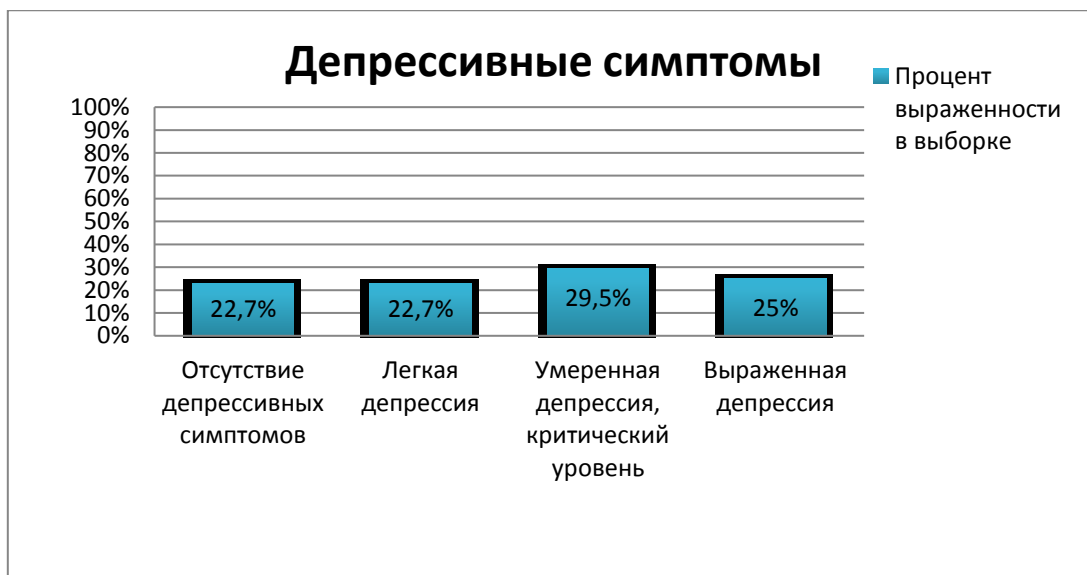


Рисунок 2. Процентная выраженность симптомов депрессии. Методика «Шкала тревоги Бэка»

По результатам, представленным на рис. 2, можно сделать вывод о том, что большая часть респондентов обследуемой группы имеют депрессивные симптомы, а именно, 77,2 % выборки. Можно предположить, что наличие депрессивных симптомов у большей части респондентов имеет соотношение с повышенным уровнем тревожности.

Для оценки уровня напряженности механизмов психологических защит использовалась методика «Индекс жизненного стиля». Результаты напряженности защитных механизмов (учитывалась напряженность более 50 %) представлены на 3 рисунке.

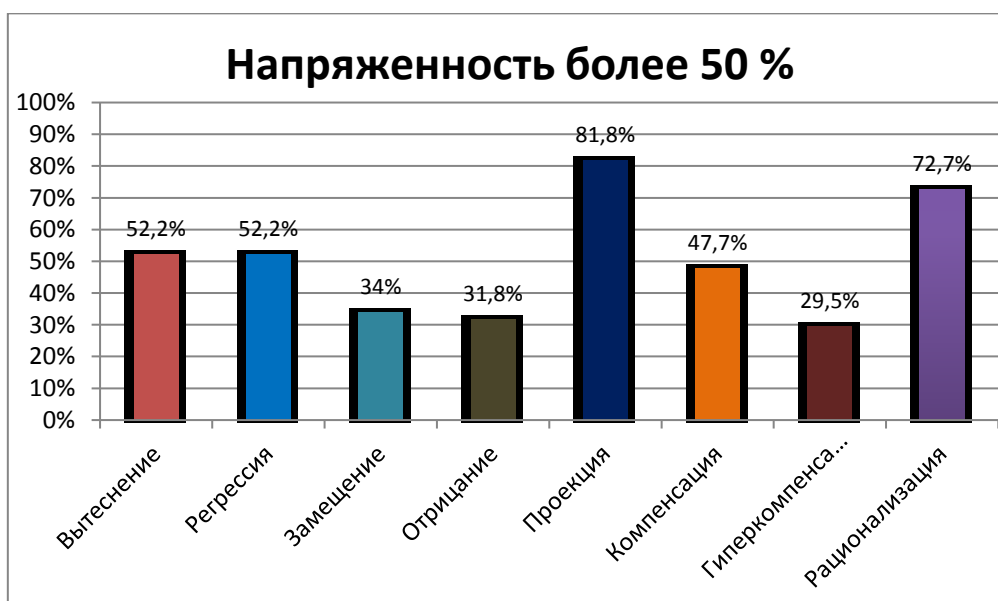


Рисунок 3. Процентная выраженность напряженности защитных механизмов (учитывалась напряженность более 50%). Опросник «Индекс жизненного стиля»

Результаты, представленные на рис. 3, позволяют сделать вывод, что превосходящими по напряженности более 50% у наибольшей части выборки оказываются следующие защитные механизмы: проекция (81,8% от всей выборки) и рационализация (72,7% от всей выборки).

81,8% (36 человек) от всей выборки используют проекцию как основной механизм психологической защиты. Это свидетельствует о том, что в большинстве случаев респонденты склонны приписывать свои неприемлемые и неосознаваемые чувства и мысли другим людям.

72,7% (32 человека) от всей выборки предпочитают использовать рационализацию в качестве одного из основных защитных механизмов. Это свидетельствует о том, что в большинстве случаев респонденты склонны примирять свои ожидания и действительность, а также оправдывать собственные чувства или поступки. Респонденты предпочитают защищаться от своих проблем, а не решать их. В надежде «сохранить лицо», пытаются показаться лучше, чем они есть, что только усугубляет возникшие трудности.

Для выявления копинг-стратегий поведения у людей с тревожными расстройствами личности был использован опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. Результаты в процентном соотношении (учитывалась выраженность более 50 %) представлены на рисунке 4.

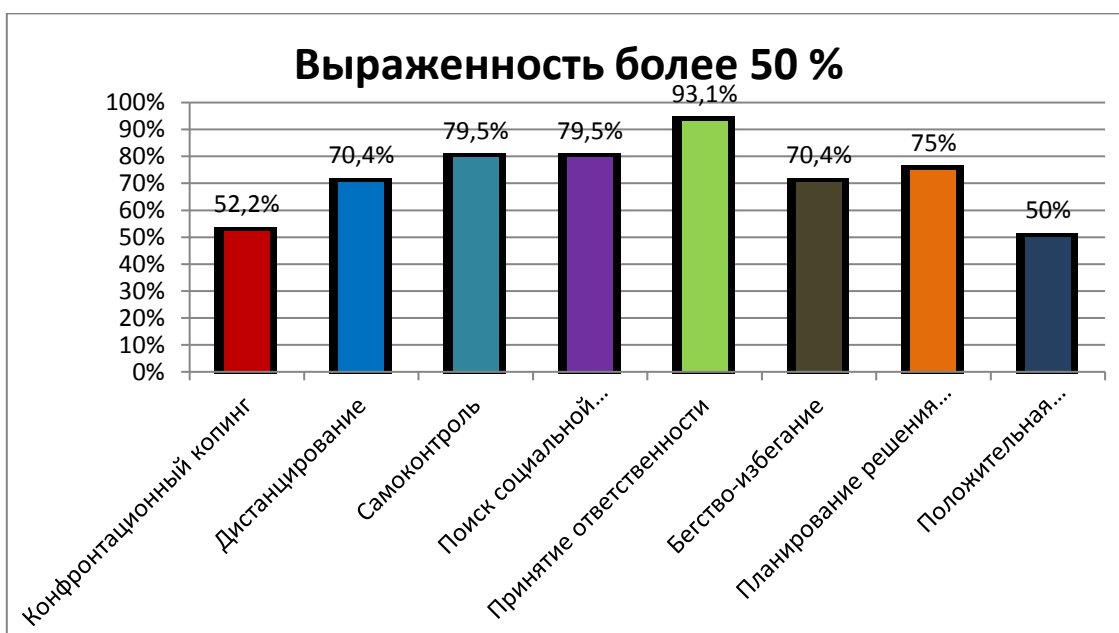


Рисунок 4. Процентная выраженность копинг-стратегий (учитывалась выраженность более 50%). Опросник «Способы совладающего поведения»

Результаты, представленные на рис. 4, позволяют сделать вывод о том, что респонденты используют все стратегии поведения, но наиболее ярко выраженной является стратегия **принятия ответственности**. Она встречается у 93,1% (41 человек) от всей выборки. Это свидетельствует о том, что респондентам свойственно признавать свою роль в возникновении проблем. Такие люди берут на себя ответственность за решение своих проблем, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения, что приводит к неоправданной самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой. Указанная особенность, как правило, является фактором риска развития тревожных состояний.

Для оценки индивидуально-психологических особенностей пациентов с тревожными расстройствами личности была использована методика «16-факторный личностный опросник Кеттелла» (форма С). Результаты, полученные в результате диагностики, представлены в процентном соотношении в таблице 1.

Таблица 1

Процентное соотношение факторов. Методика «16-факторный личностный опросник Кеттелла» (форма С)

Факторы	Отрицательные значения	Положительные значения
А "замкнутость-общительность"	17 чел. (38,6%)	27 чел. (61,3%)
В "интеллект"	16 чел. (36,3%)	28 чел. (63,6%)
С "эмоц. стабильность-нестабильность"	29 чел. (65,9%)	15 чел. (34,0%)
Е "подчиненность-доминантность"	15 чел. (34,0%)	29 чел. (65,9%)
Ф "сдержанность-экспрессивность"	19 чел. (43,1%)	25 чел. (56,8%)
Г "низкая - высокая нормативность поведения"	16 чел. (36,3%)	28 чел. (63,6%)
Н "робость-смелость"	25 чел. (56,8%)	19 чел. (43,1%)
І "жестокость-чувствительность"	21 чел. (47,7%)	23 чел. (52,2%)
Л "доверчивость-подозрительность"	7 чел. (15,9%)	37 чел. (84,0%)
М "практичность-мечтательность"	12 чел. (27,2%)	32 чел. (72,7%)
Н "прямолинейность-дипломатичность"	18 чел. (40,9%)	26 чел. (59,0%)
О "спокойствие-тревожность"	3 чел. (6,8%)	41 чел. (93,1%)
Q1 "консерватизм-радикализм"	17 чел. (38,6%)	27 чел. (61,3%)
Q2 "конформизм-нонконформизм"	6 чел. (13,6%)	38 чел. (86,3%)
Q3 "низкий-высокий самоконтроль"	15 чел. (34%)	29 чел. (65,9%)
Q4 "расслабленность-напряженность"	11 чел. (25%)	33 чел. (75%)

F1 "тревожность"	3 чел. (6,8%)	41 чел. (93,1%)
F2 "экстраверсия-интроверсия"	21 чел. (47,7%)	23 чел. (52,2%)
F3 "сензитивность"	9 чел. (20,4%)	35 чел. (79,5%)
F4 "конформность"	6 чел. (13,6%)	38 чел. (86,3%)
MD "адекватная - неадекватная самооценка"	23 чел. (52,2%)	21 чел. (47,7%)

Таким образом, исходя из полученных первичных результатов, можно сделать вывод, что пациенты с тревожными расстройствами личности имеют симптомы депрессивной личности, наиболее часто используют как основной механизм психологической защиты проекцию и рационализацию. Многим респондентам присуща копинг-стратегия принятия ответственности. Из личностных особенностей можно выделить общительность, высокий интеллект, эмоциональную нестабильность, доминантность, экспрессивность, высокую нормативность поведения, робость, чувствительность, подозрительность, мечтательность, дипломатичность, тревожность, радикализм, неконформизм, высокий самоконтроль, напряженность, повышенную тревожность, экстраверсию, чувствительность, конформность и неадекватную самооценку.

Изучение теоретических и экспериментальных исследований тревожного расстройства позволило нам предположить, что у пациентов при разной степени выраженности ситуативной и личностной тревожности будет характерная для этой степени картина преморбидных особенностей тревожного расстройства личности, выявление которой позволит более точно определить психотерапевтические приемы и техники сопровождения этих пациентов.

Для доказательства данной гипотезы с помощью методов математической статистики было необходимо определить отличие распределения переменных от нормального (всего 39 переменных). С этой целью применялся критерий χ^2 Пирсона, где распределение считается приближенным к нормальному, если $p > 0,05$. По результатам применения данного критерия было выявлено 26 переменных, имеющих нормальное распределение, и 13 переменных, имеющих не нормальное распределение. Эти особенности массива данных обусловили выбор непараметрических методов анализа для последующей обработки первичных результатов (метод ранговой корреляции Спирмена). Для обнаружения взаимосвязей между преморбидными особенностями и степенями тревожности, полученные данные были подвергнуты корреляционному анализу. В результате получены составляющие элементы характеристики выраженности преморбидных особенностей при разной степени ситуативной и личностной тревожности у пациентов с тревожными расстройствами личности.

Во-первых, было выявлено, что у пациентов с высокой степенью ситуативной тревожности имеется характерная для этой степени картина преморбидных особенностей, выявление которой позволило нам более точно определить приемы и техники сопровождения этих пациентов.

Положительная корреляционная связь высокой степени ситуативной тревожности с показателем «дипломатичность» ($r=0,546$), указывает на то, что пациенты умеют вести себя в обществе, в их манерах прослеживается изысканность. При общении такие пациенты проявляют дипломатичность, эмоциональную выдержанность, пронизательность. В то же время они осторожны, хитры и расчетливы.

Выявленные отрицательные корреляционные связи высокой степени ситуативной тревожности с показателями «подчиненность» ($r=-0,643$), «низкая тревожность» ($r=-0,617$) и «низкая нормативность поведения» ($r=-0,534$) говорят о том, что пациенты проявляют покорность, уступчивость в отношениях, что порождает некую зависимость от других. Такое пассивное поведение, чаще всего, является провоцирующим фактором большинства невротических симптомов. Пациенты удовлетворены тем, что у них есть, однако это может означать недостаток мотивации для выполнения более трудных задач. Они проявляют тенденцию к непостоянству собственных целей, не прилагают усилий к выполнению групповых задач и социально-культурных требований.

Таким образом, у пациентов с высокой степенью ситуативной тревожности явно выражены характерологические особенности такие как: дипломатичность, подчиненность, низкая тревожность и низкая нормативность поведения. Можно предположить, что для работы с такими пациентами будет эффективен личностно-ориентированный подход психотерапии.

Во-вторых, было выявлено, что у пациентов со средней степенью личностной тревожности имеется характерная для этой степени картина преморбидных особенностей, выявление которой позволило нам более точно определить приемы и техники сопровождения этих пациентов.

Положительные корреляционные связи средней степени личностной тревожности с показателями «регрессия» ($r=0,772$) и «радикализм» ($r=0,772$) указывают на то, что нарастающей тревоги пациенты стремятся избежать путем перехода на более ранние стадии развития либидо, что означает использование ими простых и привычных стереотипов поведения и применение относительно простых и доступных решений задач.

Чаще всего пациенты поглощены интеллектуальными проблемами, отличаются скептицизмом, стараются вникнуть в сущность новых и старых идей.

Выявленные отрицательные корреляционные связи средней степени личностной тревожности с такими показателями как «эмоциональная нестабильность» ($r=-0,861$) и «компенсация» ($r=-0,814$), указывают на то, что пациенты эмоционально неустойчивы. Они импульсивны, находятся под влиянием чувств. У них быстро меняется настроение. Они раздражительны и быстро утомляются. Механизм действия компенсации оказывается неадекватно развитым. Пациенты не пытаются найти замену недостаткам, нестерпимым чувствам другим качеством с помощью фантазирования и не пытаются присвоить себе свойства, достоинства, ценности и поведенческие характеристики другой личности. Если же все-таки присвоение происходит, то оно принимается ими после анализа и переструктурирования и поэтому становятся частью самой личности.

Таким образом, у пациентов со средней степенью личностной тревожности явно выражены характерологические особенности, но присутствуют и некоторые адаптационные механизмы. Можно предположить, что для работы с такими пациентами будет эффективен личностно-ориентированный и когнитивно-поведенческий подходы психотерапии.

В-третьих, было выявлено, что у пациентов с высокой степенью личностной тревожности имеется характерная для этой степени картина преморбидных особенностей, выявление которой позволило нам более точно определить приемы и техники сопровождения этих пациентов.

Выявлены положительные корреляционные связи высокой степени личностной тревожности с такими показателями как «депрессия» ($r=0,609$), «бегство-избегание» ($r=0,528$), «регрессия» ($r=0,435$), «гиперкомпенсация» ($r=0,408$), «тревожность» ($r=0,407$), «замещение» ($r=0,382$), «экстраверсия» ($r=0,369$), «конфронтация» ($r=0,354$), «поиск социальной поддержки» ($r=0,312$) и «принятие ответственности» ($r=0,275$).

У пациентов с высокой степенью личностной тревожности обнаружена прямая связь с показателем «депрессия». Это дает основание предположить, что нарастание тревожного состояния провоцирует развитие депрессивных симптомов: чем больше пациент проявляет личностную тревожность, тем сильнее у него проявляются депрессивные симптомы.

У пациентов с высокой степенью личностной тревожности обнаружены прямые связи со следующими копинг-стратегиями: бегство-избегание, конфронтационный копинг, поиск социальной поддержки и принятие ответственности. Это свидетельствует о том, что возрастание уровня личностной тревожности провоцирует пациентов на поиск более разнообразных мер решения проблем. Они могут уклоняться от проблем за счет фантазирования, отрицания или же отвлечения. Могут предпринимать попытки решения проблемы за счет нецеленаправленной поведенческой активности, направленной либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций. Могут для решения проблемы привлекать внешние ресурсы, ища поддержку. В меньшей степени склонны прибегать к решению проблем за счет признания своей роли в их возникновении и принятия ответственности за их решение.

У пациентов с высокой степенью личностной тревожности выявлены прямые связи со следующими механизмами психологической защиты: регрессия, гиперкомпенсация и замещение. Это говорит о том, что возрастание уровня личностной тревожности провоцирует пациентов на поиск более разнообразных адаптивных механизмов при решении проблем. Они могут в своих поведенческих реакциях стремиться избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо. Могут самоутверждаться за чужой счет путем компенсации в наиболее успешных сферах деятельности или же разряжают подавленные эмоции (как правило, враждебность, гнев), на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства.

У пациентов с высокой степенью личностной тревожности выявлены прямые связи и с характерологическими особенностями, а именно с тревожностью и экстраверсией. Это может говорить о том, что при возрастании уровня личностной тревожности наиболее сильно проявляется состояние тревоги, которое нарушает обычный ритм жизни и провоцирует человека на неожиданную спонтанную активность, общительность и импульсивность. Правда эффект этот не долговечен.

Таким образом, у пациентов с высокой степенью личностной тревожности явно выражены как характерологические особенности, так и адаптационные механизмы. Причем чем выше уровень личностной тревожности, тем больше задействуется адаптационных механизмов. Можно предположить, что для работы с такими пациентами будет эффективен личностно-ориентированный и когнитивно-поведенческий подходы психотерапии. Возможно так же применение экзистенциальной психотерапии для

принятия и поддержки пациента, содействия в актуализации его потенциала, аутентичности и спонтанности. Рекомендуется использование релаксационных методов (аутогенная тренировка, дыхательная гимнастика, медитативные практики).

Выводы

В качестве общего вывода можно сказать о том, что независимо от степени проявления тревожности у пациентов с тревожными расстройствами личности выявлена связь с преморбидными особенностями. Содержательная характеристика этих связей имеет специфические особенности при каждой степени проявления тревожности.

По мере увеличения степени тревожности взаимосвязи преморбидных особенностей имеют свои особенности:

- высокая степень ситуативной тревожности имеет взаимосвязь с характерологическими особенностями подчиненности/доминантности, прямолинейности/дипломатичности, нормативностью поведения и тревожностью;
- средняя степень личностной тревожности имеет взаимосвязь с такими характерологическими особенностями как консерватизм/радикализм, эмоциональная стабильность, в качестве адаптационного потенциала используются механизмы психологической защиты – регрессия и компенсация;
- высокая степень личностной тревожности коррелирует с депрессивными симптомами, экстраверсией/интроверсией, спокойствием/тревожностью, из механизмов психологической защиты – с регрессией, замещением, гиперкомпенсацией, из копинг-стратегии поведения – с конфронтацией, поиском социальной поддержки, бегством-избеганием, в меньшей степени – с принятием ответственности.

Все вышеизложенные выводы свидетельствуют о том, что чем выразительнее проявляется тревожность, тем больше адаптационного потенциала использует человек в попытке избавиться от тревожного состояния. Это может объясняться тем, что используемые им ранее адаптационные механизмы не справлялись с нагрузкой или же являлись неэффективными.

Список литературы

1. Попова, А. С. Исследование тревоги у больных с расстройствами личности / А. С. Попова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Том 5. – Вып. 12. – 1539 с. – (ISSN 2224-6150).

2. Касумов, Т. К. Тревога как таковая и как концепт / Т. К. Касумов // *Философия и культура*. – 2017. – № 10. – 36 – 48 с.

3. Сухоруков, А. Общество. Минздрав РФ назвал число россиян с психическими расстройствами / А. Сухоруков / *Известия* // [Электронный ресурс]. URL: <https://iz.ru/1164561/2021-05-15/minzdrav-rf-nazval-chislo-rossiian-s-psikhicheskimi-rasstroistvami>

4. Барсуков А. В., Маркелова Т. В., Широкова А. А. Анализ научных представлений на становление тревожных черт личности / А. В. Барсуков, Т. В. Маркелова, А. А. Широкова / [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-nauchnyh-predstavleniy-na-stanovlenie-trevozhnyh-chert-lichnosti>

5. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов / В. М. Блейхер, И. В. Крук. — Воронеж: МОДЭК, 1995. — ISBN 5-87224-067-8.

© Валиева Т.В., Исламкина А.М.

УДК 159.9.072

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИ НООГЕННОМ НЕВРОЗЕ В УСЛОВИЯХ ЭУТИМНОЙ ТЕРАПИИ

Валиева Т.В.¹, Исламкина А.М.¹

¹Уральский государственный медицинский университет, кафедра клинической психологии и педагогики

Резюме. Работа посвящена мало изученной проблеме поиска условий формирования положительной временной перспективы личности при невротических расстройствах с симптомами ноогенного невроза. На сегодняшний день работы в этой области крайне немногочисленны. Гипотезы исследования состоят в предположениях о том, что: 1) временная перспектива больных невротическими расстройствами с симптомами ноогенного невроза существенно отличается от временной перспективы здоровых лиц, что проявляется в преобладании у первых негативного отношения к настоящему и будущему времени своей жизни и фиксации на ее прошлом; 2) в условиях эутимной терапии (научение приемам получения удовольствия и достижения хорошего самочувствия) у рассматриваемых пациентов формируется положительное восприятие временной перспективы. Представлены материалы эмпирического исследования, полученные на выборке пациентов ($n = 23$) с невротическими расстройствами, сопровождающимися симптомами ноогенного невроза, в возрасте от 30 до 45 лет со стажем заболевания от одного года до трех лет, из которых 52 % – женского пола. В исследовании было произведено два замера временной перспективы пациентов – до и после проведения эутимной терапии. Использовались семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана, опросник временной перспективы Ф. Зимбардо и метод мотивационной индукции Ж. Нюттена. Полученные результаты дают возможность говорить о том, что выдвинутые гипотезы нашли свое эмпирическое подтверждение. Эутимная терапия имеет высокий потенциал психологического воздействия для формирования положительной временной перспективы личности при невротических расстройствах с симптомами ноогенного невроза.

Ключевые слова: эутимная терапия, невротические расстройства, ноогенный невроз, временная перспектива личности.

FORMATION OF A POSITIVE TIME PERSPECTIVE IN NOOGENIC NEUROSIS IN THE CONDITIONS OF EUTHYMIC THERAPY**Valieva T.V.¹, Islamkina A.M.¹***¹Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation*

Summary. This study is devoted to the little-studied problem of searching for conditions for the formation of a positive time perspective in neurotic disorders with symptoms of noogenic neurosis. Research in this area is extremely limited. Hypotheses of the study: 1) time perspective of patients with neurotic disorders with symptoms of noogenic neurosis is significantly different from the temporal perspective of healthy individuals, which is manifested in the predominance of negative attitudes towards the present and future time of his life and fixation on the past; 2) in terms of euthymic therapy (learning techniques of pleasure and good health), the patients formed a positive perception of temporal perspective. The materials of an empirical study obtained on a sample of patients (n = 23) with neurotic disorders accompanied by symptoms of noogenic neurosis, aged 30 to 45 years with an experience of the disease from 1 to 3 years, of which 52 % are female. In the study, two measurements were made of the time perspective of patients – before and after euthymic therapy. We used the semantic time differential by L. Wasserman, the time perspective questionnaire by Ph. Zimbardo, and the method of motivational induction by J. Nuttin. The results obtained make it possible to say that the hypotheses put forward have been confirmed. Euthymic therapy has a high potential for psychological impact for the formation of a positive time perspective in neurotic disorders with symptoms of noogenic neurosis.

Key words: euthymic therapy, neurotic disorders, noogenic neurosis, time perspective of the personality.

Введение

Невротические расстройства – это изменения преимущественно в эмоциональной сфере, обусловленные острой или хронической психотравмирующей ситуацией и сопровождающиеся вегетативным дисбалансом. При этом пациент осознает болезненный характер своего душевного состояния, его поведение обычно остается в пределах относительной нормы, так как сохранными остаются основы личности. Основные проявления – тревога, депрессия, астения, навязчивые мысли, истерические симптомы [1]. С позиции В. Франкла причиной невротического расстройства является конфликт между различными ценностями. Человек становится неспособным отыскать

конкретный смысл в личном существовании [2]. С точки зрения Франкла, невротические расстройства ноогенного характера стали широко распространенными в 20 веке в силу двойной утраты – утраты некоторых из инстинктов, в результате чего появилась необходимость «осуществлять свой выбор», и утраты многовековых традиций. Подобный экзистенциальный вакуум проявляется, в первую очередь, состоянием скуки и апатии [3]. Отмечается, что экзистенциальный вакуум может привести к невротическому заболеванию или быть психологическим фоном для развития невротической симптоматики психогенного характера [4]. Ситуация, при которой симптоматика обычного невроза «вторгается в экзистенциальный вакуум и продолжает в нем расцветать», является более сложной [цит. по 5].

Временная перспектива – термин, который Л.К. Фрэнк ввел для описания «жизненного пространства», включающего прошлое, настоящее и будущее [6]. К. Левин стал использовать это понятие для определения существующей в настоящий момент целостности видения психологического будущего и прошлого, отмечая, что психологическое прошлое, настоящее и будущее являются частями психологического поля в настоящем [7], а нарушения временной перспективы могут приводить к разорванности и спутанности времен [8]. Ф. Зимбардо и Дж. Бойд определяют временную перспективу как неосознанное отношение личности ко времени, являющуюся стабильной переменной индивидуальных различий [9]. Ж. Нюттен отметил важность развития временной интеграции. Протяженная, структурированная и реалистичная временная перспектива важна для планирования и осуществления поведенческих проектов в настоящем [10].

М.А. Жосан и Г.Л. Исурина, пришли к выводу, что временная ориентация больных невротическими расстройствами характеризуется отсутствием четких временных рамок, непроработанностью ближайшей временной перспективы (день, неделя, год) [6]. Л.И. Вассерманом показано положительное отношение у больных психогенной депрессией к будущему при отрицательной оценке настоящего времени [11]. С.Р. Коваленко и Р.А. Грачевым сообщается, что у невротических пациентов не выявлено существенных отклонений от нормы по всем типам направленности временной перспективы по Ф. Зимбардо [12].

В 80-е годы XX в. Р. Лутц предложил применять релаксационные упражнения при лечении депрессивных расстройств. Для обозначения соответствующих позитивных эмоций, мыслей и моделей поведения он предложил термин «эутичное поведение».

Позже термин был распространен на целый ряд методов поведенческой психотерапии, впоследствии названный эутимной терапией, ставящей целью развитие когнитивных и поведенческих приемов получения удовольствия и достижения хорошего самочувствия [13]. Это позволяет предположить, что эутимная терапия может повысить вовлеченность и интерес пациентов с ноогенными симптомами к жизни.

Объектом данного исследования выступают невротические расстройства с симптомами ноогенного невроза. Пациенты с такими симптомами не могут построить перспективу собственного будущего, так как не видят смысла существования в настоящем и затрудняются преобразовать опыт прошлого. В отечественной литературе есть отдельные исследования [6; 11; 12], раскрывающие особенности временной перспективы больных невротическими расстройствами в сравнении с нормой и другими расстройствами. Авторы данной статьи не нашли работ, специально посвященных эмпирическому исследованию невротических расстройств с симптомами ноогенного невроза, его связи с временной перспективой больного и условиям формирования положительной временной перспективы. В связи с этим сформулирована проблема исследования – поиск условий формирования положительной временной перспективы больных невротическими расстройствами с симптомами ноогенного невроза. Предмет исследования – временная перспектива больных невротическими расстройствами с симптомами ноогенного невроза.

Акцентирование негативных аспектов не позволяет невротическим пациентам различать позитивные чувства в настоящем и осуществлять выбор и оценку поведенческих альтернатив на основе прошлого и будущего опыта. Эутимная терапия, ориентированная на научение навыкам достижения удовольствия и позитивного взаимодействия с собой и окружением, может позволить сместить негативный акцент восприятия временной перспективы личности на положительный. На крупнейшем российском информационно-аналитическом портале «eLIBRARY.RU» содержится только две статьи об эутимной терапии [13; 14]. Считаем, что этот вид психологического воздействия незаслуженно не находит своего научного изучения. Представленное в данной статье исследование призвано восполнить этот пробел.

Были выдвинуты гипотезы: 1. Временная перспектива больных невротическими расстройствами с симптомами ноогенного невроза существенно отличается от временной перспективы здоровых лиц, что проявляется в преобладании у первых негативного отношения к настоящему и будущему времени своей жизни и фиксации на ее

прошлом; 2. В условиях эутимной терапии (научение приёмам получения удовольствия и достижения хорошего самочувствия) у рассматриваемых пациентов формируется.

Цель работы: выявить психологические изменения временной перспективы больных невротическими расстройствами с симптомами ноогенного невроза в условиях эутимной терапии.

Материалы и методы

В исследование включены пациенты, поступившие в отделение пограничной патологии с января по февраль 2019 года. Отбор пациентов проводился на основании соответствия их диагнозов категориям F.40-48 МКБ-10 и обсуждения с клиническим психологом отделения жалоб пациентов на смыслоутрату. Отобранная группа состояла из 23 пациентов, 12 женщин и 11 мужчин, в возрасте от 30 до 45 лет, со стажем заболевания от 1 до 3 лет.

Эутимная терапия проводилась в групповой форме – 4 группы по 5-6 человек. В задачи входило научение таким навыкам поведения, как: положительная фокусировка внимания; умение получать наслаждение от ощущений и их сочетаний; забота и положительное отношение к себе и окружающим; постановка и достижение целей, доставляющих удовольствие; принятие действий и переживаний, приносящих наслаждение; принятие трудностей [13]. Методики воздействия подбирались на основе тренинга наслаждения В.Г. Ромека и Е.А. Ромек, победившему в Национальном психологическом конкурсе «Золотая Психея – 2003» [16; 13]. Первые встречи были выстроены в зависимости от стимулирующих воздействий: 1) запахи; 2) вкус, цвет и звук; 3) прикосновения. Заключительные встречи были ориентированы на 1) оценку и пересмотр автобиографии и 2) критерии цели, которая приносит удовольствие. Психологическое воздействие осуществляла А.М. Исламкина при участии С.А. Петухова, клинического психолога отделения. Длительность взаимодействия составила 5 дней, продолжительность занятия – 1,5 часа. Пациенты во время проведения эутимной терапии не получали медикаментозного лечения и другого психотерапевтического воздействия. Выполнено два замера временной перспективы – непосредственно до проведения эутимной терапии (1 замер) и сразу после ее окончания (2 замер). Замеры произведены с помощью валидных и надежных методик – семантического дифференциала времени Л.И. Вассермана [11], опросника временной перспективы Ф. Зимбардо [17] и метода

мотивационной индукции Ж. Нюттена [18]. В качестве контрольных показателей использованы нормативные значения по методикам.

Обработка данных выполнена в STATISTICA 10.0. Проверка на нормальность показала, что по методикам Ф. Зимбардо и Л.И. Вассермана 97 % шкал соответствует нормальному виду, по методике Ж. Нюттена наоборот – 90 % шкал не имеют нормального распределения. В связи с этим в первом случае выбрана параметрическая, а во втором – непараметрическая статистика.

Результаты и обсуждение

Результаты сравнения замеров по методике Ф. Зимбардо представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Результаты сравнения замеров типов направленности временной перспективы по критерию t-Стьюдента для зависимых выборок (df = 22)

Переменные	М/SD 1 замер	М/SD 2 замер	t	p
Негативное прошлое	3,40/0,67	3,04/0,55	3,98	0,00
Позитивное прошлое	3,46/0,41	3,69/0,35	-3,38	
Гедонистическое настоящее	3,17/0,41	3,40/0,36	-6,11	
Будущее	3,38/0,37	3,70/0,34	-6,07	
Фаталистическое настоящее	3,37/0,57	2,99/0,53	6,45	

Примечание. Корреляции по критерию r-Пирсона между замерами по всем переменным составили > 0,80 при p ≤ 0,000.

Таблица 2

Результаты сравнения выборочных и нормативных значений типов направленности временной перспективы по одновыборочному критерию t-Стьюдента (df = 22)

Переменные	Замер	М/SD	Норма	t	p
Негативное прошлое	1	3,40/0,67	2,50	6,39	0,00
	2	3,04/0,55		4,71	0,00
Позитивное прошлое	1	3,46/0,41	3,68	-2,51	0,02
	2	3,69/0,35		0,09	0,93
Гедонистическое настоящее	1	3,17/0,41	3,42	-2,94	0,01
	2	3,40/0,36		-0,29	0,78
Будущее	1	3,38/0,37	3,48	-1,27	0,22
	2	3,70/0,34		3,07	0,01
Фаталистическое настоящее	1	3,37/0,57	2,68	5,75	0,00
	2	2,99/0,53		2,82	0,01

Результаты сравнения замеров по методике Л.И. Вассермана представлены в табл. 3, 4. Корреляции по критерию r-Пирсона между общими показателями восприятия времени показаны на рисунке.

Таблица 3

Результаты сравнения замеров субъективного восприятия времени по критерию t-Стьюдента для зависимых выборок* (df = 22)

Переменные	M/SD 1 за- мер	M/SD 2 за- мер	t	p
Настоящее				
Активность времени	1,43/3,50	3,78/4,45	-2,54	0,02
Эмоциональная оценка вре- мени	-1,30/5,89	4,00/4,16	-4,78	0,00
Величина времени	1,96/6,18	4,74/4,44	-2,47	0,02
Структура времени	0,96/5,36	5,17/4,29	-4,29	0,00
Ощущаемость времени	1,57/5,93	5,17/4,29	-3,68	0,00
Средняя оценка	0,92/3,58	4,45/2,38	-6,25	0,00
Прошедшее				
Активность времени	4,30/5,32	4,65/4,33	-0,39	0,70
Эмоциональная оценка вре- мени	2,52/7,10	5,52/5,15	-1,96	0,06
Величина времени	5,65/4,22	6,87/4,58	-1,16	0,26
Структура времени	2,91/5,86	4,30/5,12	-1,39	0,18
Ощущаемость времени	1,04/4,94	4,70/4,65	-2,76	0,01
Средняя оценка	3,23/3,27	5,21/2,87	-3,55	0,00
Будущее				
Активность времени	3,30/4,55	5,22/3,63	-1,57	0,13
Эмоциональная оценка вре- мени	1,39/6,71	9,00/4,66	-6,34	0,00
Величина времени	2,57/7,47	7,13/5,52	-3,60	0,00
Структура времени	1,00/6,48	6,43/4,27	-4,51	0,00
Ощущаемость времени	0,83/5,07	5,96/4,94	-4,67	0,00
Средняя оценка	1,82/4,54	6,83/3,43	-6,57	0,00

Примечание. Корреляции по критерию r-Пирсона между замерами по всем переменным составили $> 0,41$ при $p \leq 0,05$.

Таблица 4

Результаты сравнения выборочных и нормативных значений субъективного восприя-
тия времени по одновыборочному критерию t-Стьюдента (df = 22)

Переменные	За- мер	M/SD	Норма	t	p
Настоящее					
Активность времени	1	1,43/3,50	5,49	-5,6	0,00
	2	3,78/4,45		-1,8	0,08
Эмоциональная оценка времени	1	-1,3/5,89	2,08	-2,8	0,01
	2	4,0/4,16		2,2	0,04
Величина времени	1	1,96/6,18	2,92	-0,75	0,46
	2	4,74/4,44		1,96	0,06
Структура времени	1	0,96/5,36	2,14	-1,1	0,30

	2	5,17/4,29		3,4	0,00
Ощущаемость времени	1	1,57/5,93	4,65	-2,5	0,02
	2	5,39/5,00		0,7	0,48
Средняя оценка	1	0,92/3,58	3,52	-3,5	0,00
	2	4,45/2,38		1,9	0,07
Прошедшее					
Активность времени	1	4,30/5,32	3,81	0,45	0,66
	2	4,65/4,33		0,93	0,36
Эмоциональная оценка времени	1	2,52/7,10	1,59	0,63	0,54
	2	5,52/5,15		3,66	0,00
Величина времени	1	5,65/4,22	1,48	4,74	0,00
	2	6,87/4,58		5,65	0,00
Структура времени	1	2,91/5,86	-0,02	2,40	0,03
	2	4,30/5,12		4,05	0,00
Ощущаемость времени	1	1,04/4,94	1,49	-0,43	0,67
	2	4,70/4,65		3,31	0,00
Средняя оценка	1	3,23/3,27	1,70	2,25	0,04
	2	5,21/2,87		5,86	0,00
Будущее					
Активность времени	1	3,30/4,55	5,05	-1,8	0,08
	2	5,22/3,63		0,2	0,83
Эмоциональная оценка времени	1	1,39/6,71	5,45	-2,9	0,01
	2	9,00/4,66		3,7	0,00
Величина времени	1	2,57/7,47	5,40	-1,8	0,08
	2	7,13/5,52		1,5	0,15
Структура времени	1	1,00/6,48	2,34	-0,99	0,33
	2	6,43/4,27		4,60	0,00
Ощущаемость времени	1	0,83/5,07	5,10	-4,0	0,00
	2	5,96/4,94		0,8	0,42
Средняя оценка	1	1,82/4,54	4,68	-3,0	0,01
	2	6,83/3,43		3,0	0,01

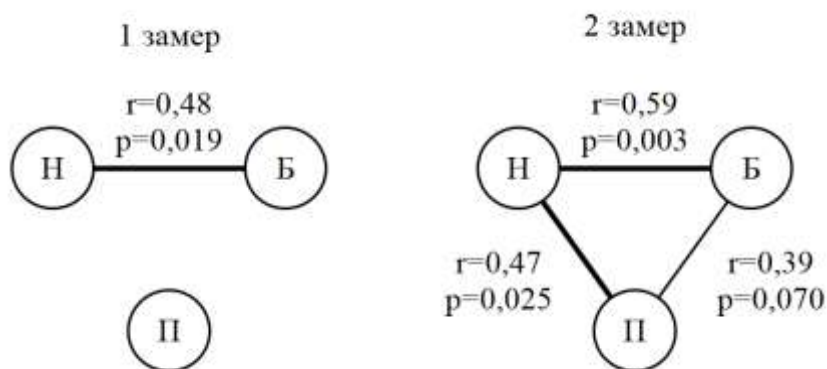


Рис. Корреляция субъективного восприятия настоящего (Н), прошлого (П) и будущего (Б) времени по СДВ Л.И. Вассермана до (1 замер) и после (2 замер) эутимной терапии

По методике Ж. Нюттена рассмотрено распределение мотивационных индукторов по временным категориям (табл. 5). В этой методике нет нормативных значений, поэтому выполнена только оценка достоверности сдвига по критерию Т-Вилкоксона (табл. 6). В таблице показаны мотивационные индукторы, сдвиг по которым достоверен и произошел более, чем у половины пациентов.

Таблица 5

Распределение временной ориентации мотивационных индукторов, 1 замер (n = 15)

Категории	% ответов
Т – момент заполнения теста	1,7
D – день	0,0
W – неделя	0,0
М – месяц	0,3
У – год или более	3,7
Р – прошлое	3,8
Е – время учебы	0,0
А – зрелость	0,0
О – старость	0,8
L – вся жизнь	29,3
I – открытое настоящее, сегодня и ежедневно	58,7
х – события после смерти, связанные с человеком	1,7

Примечание. В силу особенностей выполнения данной методики для 8 пациентов составило затруднение ее корректное прохождение, здесь анализируются данные 15-ти участников.

Таблица 6

Результаты сравнения замеров мотивационных индукторов по критерию Т-Вилкоксона (n = 15)

Переменные	N(%)	% ответов			Т	Z	р
		Замер 1	Замер 2	Сдвиг			
SI	15(100,0)	26,46	16,75	-9,71	0,0	3,4	0,00
SRI	15(100,0)	5,82	14,41	8,58	0,0	3,4	
LI	14(93,3)	2,00	7,04	5,04	0,0	3,3	
SRL	13(86,7)	1,66	8,21	6,54	0,0	3,2	
CI	13(86,7)	13,14	8,21	-4,94	2,0	3,0	
TI	13(86,7)	4,99	1,17	-3,82	0,0	3,2	
SRP	12(80,0)	0,33	3,52	3,18	0,0	3,1	
LL	12(80,0)	1,66	6,03	4,37	0,0	3,1	
EI	11(73,3)	0,00	2,18	2,18	0,0	2,9	
CL	10(66,7)	8,15	5,86	-2,29	3,5	2,5	0,01
TL	9(60,0)	3,49	1,01	-2,49	0,0	2,7	
PI	9(60,0)	4,99	2,35	-2,65	0,0	2,7	
SL	8(53,3)	10,32	7,87	-2,44	0,0	2,5	

Примечание. Первые литеры: S – личностная характеристика, SR – самоактуализация, L – отдых, C – контакты с другими, E – познание, T – трансцендентные темы, P – обладание; Вторые литеры: L – вся жизнь, I – открытое настоящее, «сегодня и ежедневно», P – прошлое.

В отличие от исследования С.Р. Коваленко и Р.А. Грачева [17], полученные результаты показывают, что при невротических расстройствах с симптомами ноогенного невроза выражено негативное отношение к настоящему, проявляющееся в повышении его фаталистичности и снижении гедонистичности (табл. 2). В субъективном восприятии времени настоящего наблюдается снижение активности, эмоциональной окраски и осязаемости настоящего времени, снижение общей оценки субъективного настоящего (табл. 4). Это свидетельствует о том, что при ноогенном неврозе выражено отсутствие ценностного отношения к получению эмоционально насыщенного психотелесного удовлетворения и слабая вера в возможность изменить что-либо в своей жизни, слабая энергичность и вовлеченность, высокая неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией. При этом выявлена высокая ориентация именно на настоящее время (табл. 5), проявляющаяся в большом количестве индукторов, мотивирующих к действию «здесь-и-сейчас».

В отношении будущего у пациентов с симптомами ноогенного невроза выявлено, что общая оценка, эмоциональная окраска и осязаемость субъективного будущего у них достоверно ниже среднестатистической нормы (табл. 4). Будущее при ноогенном неврозе сопряжено с переживанием тревоги и фрустрированности, неудовлетворенностью возможными будущими жизненными обстоятельствами, пессимистичностью в его отношении. Утрачена личностная значимость будущего, пациент ощущает себя в позиции стороннего наблюдателя, отстраненного от своего будущего. По методике Ф. Зимбардо наблюдаются значения, приближенные к среднему, что говорит о наличии отдельных целей и планов на будущее. Это согласуется с уровнем по факторам величины и структуры будущего по методике Л.И. Вассермана. В данной выборке эти показатели также представлены нормативными значениями, что свидетельствует о наличии представлений о будущем и потенциале для самореализации. Такие результаты могут указывать на отчуждение при ноогенном неврозе между когнитивным и эмоциональным восприятием будущего времени. Как и в исследовании М.А. Жосан и Г.Л. Исуриной [6] в изучаемой выборке наблюдается низкая встречаемость категорий, относящихся мотивационные индукторы к будущему времени (табл.5).

По прошлому времени получены неоднозначные результаты. Выявлена высокая направленность на негативное прошлое и низкая – на позитивное прошлое (табл. 2), что говорит о неприятии собственного прошлого. При этом общее субъективное восприятие прошедшего времени, его величины и структуры располагается выше нормы, восприятие активности прошедшего времени, его эмоциональной окраски и осязаемости находится в пределах нормативных значений (табл. 4). После корреляционного анализа между методиками по шкалам прошедшего времени выявлена только одна статистически достоверная связь – между шкалами «Структура прошедшего времени» и «Позитивное прошлое», $r = 0,53$ $p = 0,009$. Единственная и средняя связь между методиками показывает, что они «снимают» разные психические явления. Возможно, что в исследовании проявилась несогласованность разных структур сознания – семантических, выявляемых посредством методики Л.И. Вассермана, и смысловых, проявляющихся через «самоотчет» при ответах на опросник Ф. Зимбардо. Возможно, такая несогласованность при ноогенном неврозе является одним из источников затруднения в выстраивании целостной временной перспективы. В целом, полученные по прошлому времени результаты говорят о высокой его значимости при ноогенном неврозе. Таким образом, можно утверждать, что первая гипотеза исследования подтвердилась.

Сравнение до и после эутимной терапии – вторая гипотеза исследования – показало, что данный вид психологического воздействия оказывает существенное влияние на формирование позитивной временной перспективы при невротических расстройствах с симптомами ноогенного невроза (табл. 1, 3, 6). Направленность на позитивное прошлое и гедонистическое настоящее достигли нормативного значения, повысилась направленность на будущее и снизилась ориентация на фаталистическое настоящее (табл. 2).

В субъективной оценке временной перспективы общая оценка настоящего и будущего времени из низкой переместилась в диапазон высоких значений, оценка прошедшего времени стала еще выше (табл. 4). Актуальная жизненная ситуация стала восприниматься как более активная (АВ настоящее), насыщенная позитивными эмоциями (ЭВ настоящее). Восприятие прошедшего времени наполнилось положительными эмоциональными воспоминаниями (ЭВ прошедшее). Положительные эмоциональные переживания появились и в перспективе будущего (ЭВ будущее), оно стало более стабильным и рационально-аналитическим, в котором активное участие принимает сам человек (СВ будущее). Вся временная перспектива стала «осязаемой» (ОВ

настоящее, прошедшее, будущее) – появилось чувство вовлеченности в собственную жизнь. Корреляции между общими показателями восприятия времени до и после эутимной терапии (рис.) показывают, что временная перспектива пациентов стала согласованнее – помимо имеющейся связи настоящего с будущим появилась связь настоящего с прошлым, в тенденции проявилась связь прошлого с будущим.

В мотивационной перспективе также произошли достоверные изменения. Пациенты чаще стали сообщать о значимости самореализации и отдыха, появился познавательный мотив, отсутствующий до проведения эутимной терапии (табл. 6). Таким образом, вторая гипотеза исследования так же подтвердилась.

Выводы

Во временной перспективе больных невротическими расстройствами с симптомами ноогенного невроза преобладает негативное отношение к настоящему и будущему времени своей жизни, сверхзначимое отношение к прошлому. Эутимная терапия – когнитивно-поведенческая терапия, направленная на научение приемам получения удовольствия и достижения хорошего самочувствия – способствует формированию положительной временной перспективы у больных невротическими расстройствами с симптомами ноогенного невроза. Это обнаруживается в появлении ее целостности, повышении положительного отношения ко всем временам, усилении вовлеченности в собственную жизнь, появлении мотивов познания и самореализации. Дальнейшего изучения заслуживает выявленное в данном исследовании несогласованное, но высоко значимое отношение к прошедшему времени у пациентов с симптомами ноогенного невроза.

Список литературы

1. Никифоров А.С. Неврология: полный толковый словарь: терапия, психиатрия и психология, офтальмология, педиатрия, ортопедия и травматология, дерматология, нейрохирургия, инфекционные болезни. Москва: Эксмо, 2010. 460 с.
2. Франкл В. Доктор и душа. Логотерапия и экзистенциальный анализ. М.: Альпина нон-фикшн, 2018. 338 с.
3. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: «ГОРОДЕЦ», 2016. 596 с.

4. Бадаев Р.А. Сравнительный анализ аксиологических принципов в логотерапии и православном христианстве // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 5. С. 40-55. doi: 10.17759/cpp2016240503.
5. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Смыслоутрата и отчуждение // Культурно-историческая психология. 2007. Том. 3. № 4. С. 68-77. doi:10.17759/chp.2007030408.
6. Жосан М.А., Исурина Г.Л. Особенности восприятия временной перспективы у больных с невротическими расстройствами // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. 2014. № 2. С. 115-121. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21955936> (дата обращения: 17.07.2020).
7. Левин К. Теория поля в социальных науках. М.: Академический проект, 2018. 313 с.
8. Левин К. Определение понятия «поле в данный момент» // История психологии XX век / Под ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан. М.: Академический проект, 2003. С. 247-265.
9. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. СПб.: Речь, 2010. 352 с.
10. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. М.: Смысл, 2004. 608 с.
11. Семантический дифференциал времени: экспертная психодиагностическая система в медицинской психологии. Пособие для врачей и медицинских психологов / Л.И. Вассерман [и др.]. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб.: [б.и]. 2009. 43 с.
12. Феномен критичности как один из критериев психического здоровья / Коваленко С.Р. [и др.]// Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2017. № 4(40). С. 14-19. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36508419> (дата обращения: 17.07.2020).
13. Ромек В.Г., Ромек Е.А. Тренинг наслаждения. СПб: Речь, 2003. 160 с.
14. Ромек В.Г. Эутичные стратегии поведенческой психотерапии: тренинг наслаждения // Психотерапия. 2003. № 1. С. 43-46.
15. Ромек В.Г., Ромек Е.А. Эутичные стратегии и перспективы когнитивно-поведенческой психотерапии // Российский психотерапевтический журнал. 2013. № 1. С. 26-32.
16. Ромек В.Г., Ромек Е.А. Реферат проекта «Тренинг наслаждения» (разработка, апробация и публикация для широкого использования программы) в номинации «Проект года в психологической практике» [Электронный ресурс] // Национальный

психологический конкурс «Золотая Психея – 2003». URL: <https://psy.su/psyche/projects/1261/> (дата обращения: 17.07.2020).

17. Митина О.В., Сырцова А. Опросник по временной перспективе Ф. Зимбардо (ZTPI): результаты психометрического анализа русскоязычной версии // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2008. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/oprosnik-po-vremennoy-perspektive-f-zimbardo-ztpi-rezultaty-psihometricheskogo-analiza-russkoyazychnoy-versii> (дата обращения: 17.07.2020).
18. Метод определения мотивационных сценариев для выбора оптимального взаимодействия психотерапевта и пациента и планирования психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах. Методические рекомендации / Карвасарский Б.Д. [и др.]. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб.: [б.и]. 2011. 31 с. URL: http://www.bekhterev.ru/upload/documents/2011_23.pdf (дата обращения: 17.07.2020).

References

1. Nikiforov A.S. Nevrologija: polnyj tolkovyj slovar': terapija, psihiatrija i psihologija, oftal'mologija, pediatrija, ortopedija i travmatologija, dermatologija, nejrohirurgija, infekcionnye bolezni [Neurology: full explanatory dictionary: therapy, psychiatry and psychology, ophthalmology, Pediatrics, orthopedics and traumatology, dermatology, neurosurgery, infectious diseases]. Moscow: Publ. Jeksmo, 2010. 460 p.
2. Frankl V. Doktor i dusha. Logoterapija i jekzistencial'nyj analiz [The Doctor and the Soul: Logotherapy and Existential Analysis]. Moscow: Publ. Al'pina non-fikshn, 2018. 338 p.
3. Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. Nevrozologija i psihosomaticeskaja medicina [Doctrine of Neuroses and Psychosomatic Medicine]. Moscow: «GORODEC», 2016. 596 p.
4. Badaev R.A. Sravnitel'nyj analiz aksiologicheskikh principov v logoterapii i pravoslavnom hristianstve [Comparative analysis of axiological principles in Logotherapy and Orthodox Christianity]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija [Counseling psychology and psychotherapy]*. 2016, T. 24, no 5, pp. 40-55. doi: 10.17759/cpp2016240503. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Osin E.N., Leont'ev D.A. Smysloutrata i otchuzhdenie [Loss of meaning and alienation]. *Kul'turno-istoricheskaja psihologija [Cultural and historical psychology]*. 2007, Tom. 3. no 4. pp. 68-77. doi:10.17759/chp.2007030408. (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Zhosan M.A., Isurina G.L. Osobennosti vosprijatija vremennoj perspektivy u bol'nyh s nevroticheskimi rasstrojstvami [Features of perception of time perspective in patients with neurotic disorders]. *Nauchnye issledovanija vypusnikov fakul'teta psihologii SPbGU [Research of graduates of the faculty of psychology of Saint Petersburg State University]*. 2014, no 2, pp. 115-121. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21955936> (Accessed 17.07.2020). (In Russ., Abstr. in Engl.).
7. Lewin K. Teorija polja v social'nyh naukah [Field Theory in Social Science]. Moscow: Publ. Akademicheskij proekt, 2018. 313 p.
8. Lewin K. Opredelenie ponjatija «pole v dannyj moment» [Definition of "field at the moment"]. In P. Ja. Gal'perin (eds.). *Istorija psihologii XX vek [History of Psychology XX century]*. Moscow: Publ. Akademicheskij proekt, 2003. pp. 247-265.
9. Zimbardo Ph., Bojd J. Paradoks vremeni. Novaja psihologija vremeni, kotoraja uluchshit vashu zhizn' [The Time Paradox: The New Psychology of Time That Will Change Your Life]. Saint Petersburg: Publ. Rech', 2010. 352 p.
10. Nuttin J. Motivacija, dejstvie i perspektiva budushhego [Motivation, action, and future prospects]. Moscow: Publ. Smysl, 2004. 608 p.
11. Vasserman L.I., et al. Semanticheskij differencial vremeni: jekspertnaja psihodiagnosticheskaja sistema v medicinskoj psihologii. Posobie dlja vrachej i medicinskih psihologov [Semantic time differential: expert psychodiagnostic system in medical psychology]. SPb NIPNI im. V.M. Behtereva. Saint Petersburg, 2009. 43 p.
12. Kovalenko S.R., et al. Fenomen kritichnosti kak odin iz kriteriev psihicheskogo zdorov'ja [The phenomenon of criticality as one of the criteria of mental health]. *Zhurnal psichiatrii i medicinskoj psihologii [Journal of psychiatry and medical psychology]*. 2017, no 4 (40). pp. 14-19. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36508419> (Accessed 17.07.2020). (In Russ.).
13. Romek V.G., Romek E.A. Trening naslazhdenija [The training of pleasure]. Saint Petersburg: Publ. Rech', 2003. 160 p.
14. Romek V.G. Jeutimnye strategii povedencheskoj psihoterapii: trening naslazhdenija [Euthymic strategies of behavioral psychotherapy: pleasure training]. *Psihoterapija [Psychotherapy]*. 2003, no 1. pp. 43-46.
15. Romek V.G., Romek E.A. Jeutimnye strategii i perspektivy kognitivno-povedencheskoj psihoterapii [Euthymic strategies and perspectives of cognitive behavioral

- psychotherapy]. *Rossijskij psihoterapevticheskij zhurnal [Russian psychotherapy magazine]*. 2013, no 1. pp. 26-32.
16. Romek V.G., Romek E.A. Referat proekta «Trening naslazhdenija» (razrabotka, aprobacija i publikacija dlja širokogo ispol'zovanija programmy) v nominacii «Proekt goda v psihologicheskoj praktike» [Elektronnyj resurs] [Abstract of the project "pleasure Training" (development, testing and publication for wide use of the program) in the category " Project of the year in psychological practice»]. *Nacional'nyj psihologicheskij konkurs «Zolotaja Psiheja – 2003» [National psychological contest "Golden Psyche-2003"]*. URL: <https://psy.su/psyche/projects/1261/> (Accessed 17.07.2020).
17. Mitina O.V., Syrcova A. Oprosnik po vremennoj perspektive F. Zimbardo (ZTPI): rezul'taty psihometricheskogo analiza russkojazychnoj versii [Time perspective questionnaire by Ph. Zimbardo (ZTPI): results of psychometric analysis of the Russian version]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14. Psihologija [Bulletin of the Moscow University. Series 14. Psychology]*. 2008, no 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/oprosnik-po-vremennoj-perspektive-f-zimbardo-ztpi-rezultaty-psihometricheskogo-analiza-russkojazychnoj-versii> (Accessed 17.07.2020). (In Russ., Abstr. in Engl.).
18. Karvasarskij B.D., et al. Metod opredelenija motivacionnyh scenariev dlja vybora optimal'nogo vzaimodejstvija psihoterapevta i pacienta i planirovanija psihoterapii pri pogranichnyh nervno-psihicheskikh rasstrojstvah. Metodicheskie rekomendacii [Method of define motivational scenarios for choosing the optimal interaction between a psychotherapist and a patient and planning psychotherapy for borderline neuropsychiatric disorders]. SPb NIPNI im. V.M. Behtereva. Saint Petersburg, 2011. 31 p. URL: http://www.bekhterev.ru/upload/documents/2011_23.pdf (Accessed 17.07.2020).

© Елькин И.О.

УДК 616-01

ЮМОР И ПАНДЕМИЯ**Елькин И.О.¹**

¹ Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Многопрофильный клинический медицинский центр «Бонум» г. Екатеринбурга

Резюме. В статье рассматриваются вопросы специфика юмора медицинских работников и его роль в повышении стрессустойчивости при работе в опасных сложных условиях пандемии.

Ключевые слова: черный юмор, профессиональные мифы, стигма, сленг, пандемия.

HUMOR AND PANDEMICYelkin I.O.¹

¹ State Autonomous Healthcare Institution of the Sverdlovsk Region "Multidisciplinary Clinical Medical Center" Bonum ", Yekaterinburg

Summary. The article discusses the specifics of humor of medical workers and its role in increasing stress resistance when working in dangerous difficult conditions of a pandemic.

Key words: black humor, professional myths, stigma, slang, pandemic.

Введение

Юмор, причины его возникновения, способы реализации привлекают внимание ученых еще с древних времен. Юмор, ирония, сатира и сарказм составляют традиционную классификацию видов комического; что же касается оригинальной классификации, к ней относят: юмор, сатиру, сарказм и чёрный юмор. Выделение таких видов юмора основывается на дифференциации объектов комического, степени агрессии и интенсивности отрицания [1].

Цель работы

Проанализировать роль медицинского юмора в преодолении наиболее негативных последствий новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы

В статье дается анализ литературных источников и собственного опыта работы в красной зоне в качестве врача-реаниматолога. Методами исследования стали анализ и обобщение накопленного опыта.

Результаты и обсуждение

Юмор представляет собой самый мягкий вид комического, объектом которого являются отдельные недостатки окружающей действительности. Сатира и сарказм характеризуются высокой степенью агрессии и отрицания, при этом сатира высмеивает авторитеты, политические институты, а сарказм – социально опасные качества или проявления личностей или даже целых социальных институтов. Объектом «чёрного юмора» являются ценности (общечеловеческие, культурные, индивидуальные и пр.) [2].

Специфика медицинской работы, повышенная степень профессиональной ответственности, частые профессиональные стрессы порождают эмоциональную отстранённость в общении с пациентами и необходимость эмоциональной разгрузки в неофициальном общении. Одним из средств психологической релаксации медицинских работников является юмор, а нередко «чёрный юмор». Основной функцией юмора является защитная: медицинские работники «закрываются» от сложностей окружающего мира путём комического переворачивания профессиональной действительности [1].

В обыденном и профессиональном общении юмор может использоваться с целью создания веселой атмосферы. В таких случаях собеседник намеренно, либо без веских оснований берет на себя роль «шутника», «балагура», «клоуна». Такую же функцию выполняют юмористические речевые действия, которые трактуются как «чёрный юмор», и в силу специфики работы медиков достаточно часто встречаются такие ситуации. Вот пример разговора медицинских сестер, одна из которых беременна: «Беременным нужно есть овощи, как можно больше овощей... Если есть одни овощи, можно Чипполино родить!».

Нередко юмор используется в общении с целью завуалировать всю серьезность создавшегося положения, либо серьезность намерения собеседника - совет врача расстроенному пациенту с планируемой операцией по поводу геморроя: «Да вы представьте себе вы отдыхаете проктологическом санатории».

Но основная функция профессионального юмора – самоидентификация профессионала, выделение его из общей среды. Широко известные «медицинские байки» — это иллюстрации к профессиональным мифам, отвечающим на вопрос «Кто мы?» [3]. Среди врачей ходят рассказы о пациентах, притягивающих к себе разнообразные болезни и несчастья, "как ловушка". Подобные тексты конструируют образ "идеального пациента", постоянно нуждающегося во вмешательстве со стороны медицины. Подобный персонаж фигурирует и в медицинских анекдотах. Пример: «Доктор, у меня что-то в правом боку побаливает. — Одеколон пили? — Пил. Не помогает».

Еще одна функция медицинского юмора – рекреационная, расслабляющая. Она направлена как на самого специалиста, так и на пациента. В этой связи вспомним величайшего средневекового писателя и врача Франсуа Рабле. Он первым применил терапию смеха. Рабле наблюдал, что люди с сифилитическими высыпаниями на коже, которых лечили ртутной мазью, имели мало шансов выжить. Он давал этим пациентам свои писания, чтобы заставить их смеяться – и он не мог найти более подходящего лекарства. Кроме того, Рабле одним из первых стал записывать медицинские байки и употреблять их в своих книгах. И, судя по этим байкам, лекарем он был замечательным – эрудированным и очень внимательным.

В среде медиков бытует представление о том, что настоящего профессионала отличает легкая рука. У хирурга, обладающего этим свойством, больные быстрее выздоравливают после операции, у них реже воспаляются раны и возникают другие осложнения. «Легкая рука» – это одно из обозначений стигмы профессионала. Еще один знак стигмы – умение «травить байки». Доктора со стажем с удовольствием рассказывают байки и знают их великое множество. Научить этому искусству невозможно, но именно владение им отличает профессионала от новичка в любой профессии [4].

Пример такой «медицинской байки». В травме был один доктор. Все мотоциклисты его были, и даже зимой. Причем мотоциклисты поступали в виде пазла. Любимыми словами его были: "Тээк-с, этот на тысячу деталей потянет". Один раз привезли девушку-байкершу. Красивую-красивую. Когда он над ней шаманить начал сказал: — Не пикнешь — женюсь. Не пикнула. Женился. Теперь, когда ему говорят, что жена у него красивая, он отвечает: — Нравится? Сам собирал.

Еще одним средством языкового обособления и языковой конспирации является профессиональный сленг [5]. Сленгизмы, прежде всего профессионализмы и профессиональные просторечия, легко выделяются в медицинском общении. Они, например, отличаются ненормативными грамматическими признаками, например: прокапать – ввести лекарственное средство с использованием капельницы, размочить – добиться выделения мочи, зашинуровать – наложить шину, раздышать – восстановить дыхание, перфо – перфорированная язва, накровило – произошло кровоизлияние, непроход – кишечная непроходимость. Сленгизмы легко узнать по нестандартной синтаксической номинации, изменению сочетаемости лексических единиц: поймать осложнение, завести сердце, загрузить пациента, реакция на тот свет.

Происхождение и использование медицинского сленга обусловлено несколькими факторами. Прежде всего, это стресс, потому что медицинский работник часто сталкивается со страданиями и болью пациента, риском неправильного диагноза и смерти пациента. Чтобы уменьшить степень «эмоционального выгорания», врачи заменяют «сложные» слова на менее негативные. Например, «труп» на «тело», термин «умер» заменяется на «ушел». Этот психологический прием позволяет дистанцироваться от неприятных нюансов профессиональной деятельности и переживаний, которые проходят пациенты. На практике врачи часто используют сленговые термины, созданные с использованием суффиксов эмоциональной оценки, чтобы снять стресс от серьезного диагноза (аденомка, миомка, ватный шарик).

Использование медицинского сленга упрощает общение с коллегами, помогает сэкономить время на устную речь врачей. Например, «уши» — это фонендоскоп, химия – химиотерапия; сделать снимок – это проведение рентгеноскопического исследование, мерцалка – мерцательная аритмия, подключичка – катетеризация подключичной вены.

Сленговые выражения используются и для описания некоторых процессов, которые происходят в организме пациента. Их можно легко различить в устной речи доктора, потому что для обычного человека эти термины кажутся нелогичными и стилистически некорректными. Например, при описании состояния пациента врач может использовать следующие предложения – «пациент уронил давление», что означает значительное снижение артериального давления. «Пациент загрузился» - это утверждение типично для анестезиологов, которые следят за основными функциями организма человека. Ничего хорошего оно не предвещает, означает резкое угнетение сознания. Сленг можно услышать при обсуждении лечения пациента. Термин «прокапать» означает введение внутривенного раствора лекарственного средства, «раздышать» означает возобновление самостоятельного дыхания.

Сленговые выражения используются и для описания некоторых процессов, которые происходят в организме пациента. Их можно легко различить в устной речи доктора, потому что для обычного человека эти термины кажутся нелогичными и стилистически некорректными. Например, при описании состояния пациента врач может использовать следующие предложения – «пациент уронил давление», что означает значительное снижение артериального давления. «Пациент загрузился» — это утверждение типично для анестезиологов, которые следят за основными функциями организма человека. Ничего хорошего она не предвещает, означает резкое угнетение сознания. Сленг можно услышать при обсуждении лечения пациента. Термин «прокапать» означает введение внутривенного раствора лекарственного средства, «раздышать» означает возобновление самостоятельного дыхания.

В своей профессиональной деятельности медицинские работники используют большое количество ассоциативных медицинских терминов, которые адекватно заменяют сложные названия заболеваний или симптомов, облегчая их запоминание. Впрочем, это уже профессиональный литературный подъязык. Ассоциативная медицинская терминология носит метафорический характер, она усиливает яркую картину в сознании [6]. Например, при ревматоидном артрите суставы рук и ног деформируются. В этом случае медики называют деформацию «ласты моржа», при болезни Бехтерева оценивают ее по позе и характеризуют как «позу просителя». При кровотечении из желудка врачи говорят о симптомах – рвота по типу «кофейной гущи». В случае тяжелого рахита возникает специфическая деформация скелета. Эти признаки описываются как «башенный череп», «олимпийский лоб», «рахитические четки». Как известно, эмоционально окрашенная информация воспринимается лучше и полнее.

И вот мы, медицинские специалисты, «лингвистически и эмоционально подготовленные», вступаем в новую эпоху, по экономическим и культурным последствиям сравнимую с периодом «испанки» прошлого века. Тема коронавируса обречена сохранить актуальность на многие годы, как и пересуды о страшной болезни, контролируемых ее медицинских учреждениях, вакцинации. Тем, кому посчастливилось не столкнуться с госпитализацией, действительно повезло — так уверяют пользователи сети и особо трепетные пациенты. Другие же, прошедшие через ковидный госпиталь, в основном ругают врачей и повсеместно критикуют условия пребывания в инфекционном отделении или реанимации, из которой, между прочим, им удалость вернуться благодаря нечеловеческим усилиям тех же врачей и медицинских сестер.

Хорошее настроение, смех, ирония — это то, без чего текущая пандемия коронавирусной инфекции проходила бы еще жестче. Давайте немного отвлечемся от проблем, вспомнив, что юмор продлевает жизнь. Вот самое немедицинское высказывание по этому поводу: «— А вы можете назвать город, который изменил вашу жизнь? — Могу. Ухань».

Красная зона – место, куда поступают пациенты, переносящие коронавирус особенно тяжело. К сожалению, не всем удастся преодолеть этот путь, наполненный страхом и болью. Но, в конце концов, наш медицинский юмор и самоирония лечат нас, спасают от телесных и психических недугов, профессионального выгорания и деформаций. Для иллюстрации этого положения хотелось привести несколько баек из «красной зоны».

Пациент жалуется, что не чувствует запахов. И тут в палату как раз привозят «ароматного» бомжа. Мужик: «Ан нет, чувствую-чувствую! И даже очень хорошо!».

Дедушка ругался, что у него украли телефон. Обыскали всё: тумбочку, кровать, под кроватью. Нашли... в памперсе.

Пожилая женщина попросила родственников передать ей в больницу кресло-туалет. Вызывает медсестру: «А никто не может специально за ним сходить, забрать? Это же ценная вещь! Его же точно украдут!».

В мужской палате. Дедушка 88 лет, лежит синенький - сатурация (насыщение крови кислородом 70%), с кислородной маской и кислород отключен. Врубаю полный поток, и пациент на глазах розовеет. Оказывается, сосед не мог уснуть под газовый шум и кислород выключил.

Выводы

Наш медицинский юмор есть и защитная реакция здоровой психики, и побочный продукт медицинского профессионализма. Неудивительно, что многие любой медицинский юмор автоматически воспринимают как черный. Поверьте, что, если каждая наша неудача будет нами же позиционироваться как «безвременно почивший гражданин», мы, специалисты неотложной медицины, быстро пополним ряды умалишенных.

В качестве заключения – анекдот от 15-го февраля 2022 г.: «В ходе пандемии стало ясно, что запой — это не банальная пьянка, а эффективный способ самоизоляции!»

Список литературы

1. Казакова Д.В. Категория комического в медицинском дискурсе: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. филол. наук. – Кемерово, 2013. – 22 с.
2. Бочкова Л.Г., Наумова Е.В. Врач – лингвоактивная профессия [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.sgmru.ru/news/paper/2007/04/art05.html> (дата обращения: 13.02.2022 г.).
3. Казакова Д.В. Стереотипный образ врача в тексте медицинского анекдота // Диалог культур в аспекте языка и текста: материалы науч. конференции / Институт филологии языковой коммуникации СФУ. Красноярск, 17-18 апреля 2011 г. / отв. ред. проф. О.В. Фельде.-Красноярск: ИПКСФУ, 2011.- С. 113-118.
4. Карпов А.В. Психология менеджмента. М.: Гардарики, 1999 – 584с.
5. Жура, В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении : автореф. дис. ... д-ра филол. наук : 10.02.01 / Виктория Валентиновна Жура. – Волгоград, 2008. – 40 с.

6. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Гл. ред. Б.В. Покровский. – М.: Медицина, 2005. – 1592 с.