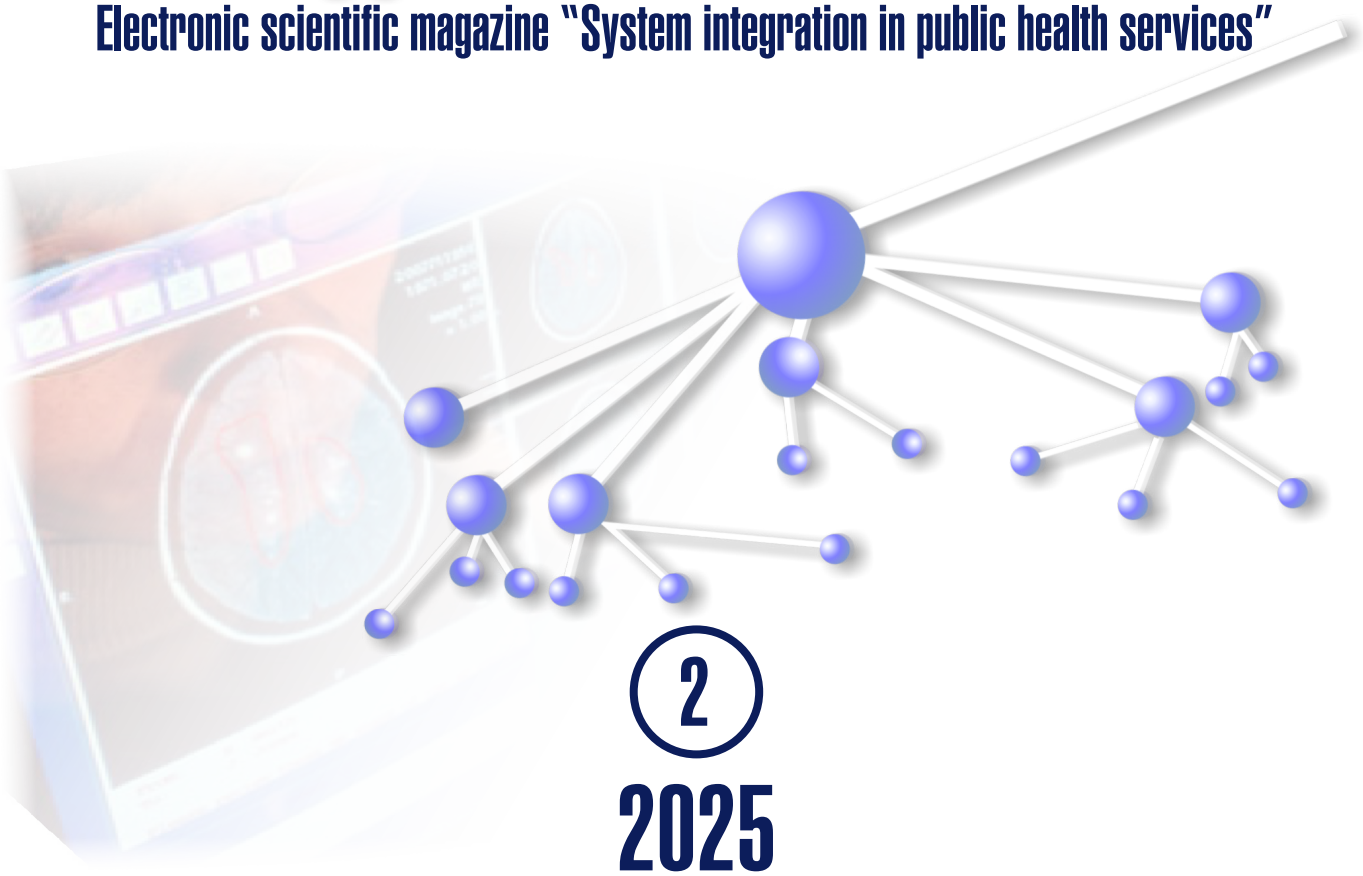
ISSN 1997-3276
УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9
ББК 5+65.495+60.5+88+74
З 445

электронный научный журнал

СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



2
2025

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», 2025



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

№ 2 (68) 2025

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



Уважаемые читатели!

Предлагаем Вашему вниманию новый выпуск журнала «Системная интеграция в здравоохранении». В сборник вошли исследования молодых ученых и ведущих специалистов – врачей, психологов, педагогов, в области психологии и медицины, и, проблем цифровизации современной медицины.

Инновационный характер и сохранение традиций российской медицинской науки – главная особенность этого выпуска. Представлены достижения медицинской и психологической науки, разработки научного сообщества последних лет.

В сборнике выделено три блока: психология и эстетическая хирургия, актуальные проблемы медицины и здравоохранения, цифровизация в медицине и образовании. На сегодня медицина и психология очень близки, в связи с этим первый раздел представляет исследования ведущего пластического хирурга и психолога по разработке психодинамического подхода в области пластической хирургии. Второй и третий разделы представляют собой результаты изысканий в области медицины и проблем цифровизации медицинской науки и медицинского образования.

Уже традиционным стал раздел «Читальный зал», где в этот раз размещено учебное пособие «Метод сенсорной переработки информации (автоматизированная психокоррекция на основе приемов КПТ, ДПДГ, физиологических подходов) СИГВЕТ-МСПИ». Пособие адресовано врачам-организаторам здравоохранения, преподавателям высших и средних специальных учебных учреждений по медицинским и социально-психологическим специальностям.

Кристиан Барнард писал: «Единственное счастье врача — лечить людей». Эти слова – лозунг авторов данного сборника, и отражение тех исследований, которые в нем представлены. Хочется верить, что читатель на страницах этого выпуска проникнется этими словами и увидит истинный смысл медицинских исследований.

Доктор медицинских наук, профессор
директор Института Хирургии
заведующий кафедрой хирургических болезней
Уральского государственного
медицинского университета,
врач-хирург с высшей
квалификационной категорией
Чернядьев Сергей Александрович

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Типикин Д.О., Набойченко Е.С.
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В РАМКАХ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА 5

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ершина А.А.
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ДИСЛЕКСИИ 10

Ошкордина А.А., Есина Е.А., Трофимов И.М.
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ 19

Шамбатов М.А., Борзунова Т.И., Хайбуллин А.Э., Миногина Т.В.
АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ И ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 27

Пономарева О.Н.
ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В РОССИИ 39

ЦИФРОВИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ И ОБРАЗОВАНИИ

Калицкая В.В., Рыкалина О.А., Трофимов И.М., Рожин Д.И., Харин С.В.
ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ 46

Шурыгина Е.П., Столин А.В.
ЭЛЕКТРОННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ РЕСУРС В ПОДДЕРЖКУ ДИСЦИПЛИНАРНОГО МОДУЛЯ «НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ» 58

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Скороходова Л.А., Устинов А.Л., Курмачева П.Д., Ковязина А.В.
МЕХАНИЗМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ ГЕРМАНИЕЙ ВО ВРЕМЯ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ 64

Голуб Я.В., Набойченко Е.С.
МЕТОД СЕНСОРНОЙ ПЕРЕРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ (АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ НА ОСНОВЕ ПРИЕМОВ КПТ, ДПДГ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ) СИГВЕТ-МСПИ (Учебное пособие) 75

© Типикин Д.О., Набойченко Е.С.

УДК 159.99

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В РАМКАХ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Типикин Д.О.[1], Набойченко Е.С.[2]

[1]ООО «Хирургия ГрандМед», Санкт-Петербург, Россия

[2]Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Резюме. В данной статье поднимаются наиболее актуальные проблемы оценки психогического статуса пациенток эстетической хирургии, дается развернутый анализ психодинамического подхода и критериев оценки удовлетворенности пациенток эстетической хирургии. Основной миссией эстетической хирургии авторы считают создание не только физической гармонии пациенток, но и гармони психологической.

Ключевые слова: пациенты эстетической хирургии, триггеры, самоотношение, психологическая удовлетворенность.

FEATURES OF THE PSYCHOLOGICAL STATUS OF AESTHETIC SURGERY PATIENTS IN THE FRAMEWORK OF THE PSYCHODYNAMIC APPROACH

Tipikin D.O.[1], Naboychenko E.C.[2]

[1] GrandMed Surgery LLC, Saint Petersburg, Russia

[2] Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russian Federation

Summary. This article raises the most relevant problems of assessing the psychological status of patients undergoing aesthetic surgery and provides an in-depth analysis of the psychodynamic approach and criteria for assessing the satisfaction of patients undergoing aesthetic surgery. The authors believe that the main mission of aesthetic surgery is to create not only physical harmony in patients, but also psychological harmony.

Key words: aesthetic surgery patients, triggers, self-attitude, and psychological satisfaction.

Введение

В современном мире пластический хирург – это не только специалист, который проводит операцию по изменению внешности, но и психолог, который пытается

сохранить индивидуальность внешности пациентки, помочь ей «не потерять свое лицо».

Современные подходы к реконструктивной и пластической хирургии ориентированы преимущественно на изучение медицинской составляющей этого процесса, хотя есть достаточное количество исследований, указывающих значимость изучения психологического статуса пациента, прибегнувшего к изменению внешности. Авторы отмечают важность изучения самоотношения и психологических триггеров, которые явились толчком к изменению (непринятию) своей внешности. В противном случае пациенты не будут удовлетворены результатами эстетической хирургии. Работы, посвященные изучению психологии пациенток эстетической хирургии, выделяют закономерность формирования зависимости от хирургической коррекции внешнего облика [1, 2, 3].

Мы полагаем логичным рассмотрение проблемы самоотношения в совокупности с особенностями переживания, так как эти категории в значительной мере взаимосвязаны. Определение самоотношения, предложенное Н.И. Сарджвеладзе, как отношения субъекта потребности к ситуации ее удовлетворения, которое направлено на само себя, на наш взгляд в полной мере соответствует задачам данной работы [4]. Видится необходимым сделать здесь акцент на реализации самоотношения в ситуации удовлетворения потребности. Далее мы вернемся к вопросу содержания потребности, которую стремятся удовлетворить пациентки эстетической хирургии, однако уже сейчас отметим, что самоотношение этой группы пациенток и тем более их личность не исчерпываются рамками пластической хирургии. Тем не менее именно в ситуации, когда у пациентки возникает потребность коррекции внешности, проявляются некоторые особенности самоотношения, которые приводят к патологическому процессу формирования зависимости.

Основные принципы современной эстетической хирургии – это гармоничное омоложение с обязательным сохранением индивидуальности и естественной красоты, а также улучшение душевного состояния и качества жизни каждого обратившегося.

Цель работы

Целью данной статьи является понимание механизмов формирования зависимости и неудовлетворенности результатами хирургического вмешательства, в контексте искаженного самоотношения и парадигмы психологии переживания в рамках психодинамического подхода.

Материалы и методы

Проанализированные нами литературные источники показали, что изучение личности, прибегающей к помощи пластического хирурга, внешности в целом, в медицине и в психологии прошло три этапа (Р. Конечный, М. Боухалл; Г. А. Глотова, Е.С. Набойченко [5]).

На первом этапе — нозоцентрическом, исследователей интересовал только факт физических изменений и дефектов внешности.

На втором — антропоцентрическом — этапе появился интерес к изучению психологических (когнитивных и эмоциональных) особенностей людей, обратившихся к пластическому хирургу.

Третий — социоцентрический — ориентирует всех исследователей на анализ самоотношения и переживаний пациента, взаимодействия с другими людьми, с обществом в целом.

Особый интерес для нас представляет концепция переживания Ф.Е. Василюка. Концепция рассматривает онтологическое поле ситуации переживания в триаде: поиск ценностного смысла жизни, переживание критической ситуации и реализация себя [6]. В парадигме потребностей личности, реализуемой в эстетической хирургии, переживание пациенток, обращающихся за коррекцией внешнего облика, формируется во внутренней реальности субъекта. Зависимость от пластической хирургии в контексте дисморфофобии (отношение субъекта к собственному телу) рассматривается, как стремление разрешить внутреннюю несогласованность и переживание о себе «идеальном и реальном».

Результаты и обсуждение

Можно сказать, что ситуацией переживания является внутренняя несогласованность и конфликт представлений «идеального и реального».

Таким образом, переживание пациенток эстетической хирургии носит внутриличностный конфликтный характер, связанный с несогласованностью внутренних представлений о требованиях, предъявляемых реальностью, а также субъективных представлений о себе, что выступает в роли триггера при обращении за повторной эстетической коррекцией.

С точки зрения психодинамического подхода, для гармоничного развития представлений о себе личность нуждается в адекватном удовлетворении базовых потребностей, начиная с раннего возраста, которые формируют убежденность и

уверенность в себе. В этом случае рядом должен находиться эмпатичный взрослый человек, способный проявлять заботу и закладывать основу для развития эмпатии у ребенка.

Несформированность базовых убеждений о безопасности мира и собственной адекватности служит триггером для внутренней несогласованности, что впоследствии может породить потребность в коррекции внешности.

Основными мишенями для психологической работы с пациентками эстетической хирургии становятся аспекты удовлетворения базовых потребностей: поиск ценностного смысла жизни, переживание критической ситуации и реализация социальной активности. Все три перечисленных составляющих дадут возможность для формирования внутренней согласованности. Речь идет о согласованности между объективным фактором жизни и внутренними представлениями пациентки эстетической хирургии. Следовательно, гармоничными условиями для личности пациенток эстетической хирургии можно считать согласованность и непротиворечивость по отношению к представлению о своей внешности.

На сегодняшний день у многих людей есть объективные причины для обращения к эстетическим хирургам. Это в первую очередь относится к медийным личностям, людям, ведущим социально активную жизнь и имеющим высокий социальный статус. Для них внешность становится важным фактором их социального успеха и востребованности. Этим людям может быть важно для поддержания своего статуса по возможности скрыть необратимые возрастные изменения внешности.

Гармоничная личность не испытывает потребность в глобальных эстетических изменениях и пытается сохранить собственную уникальную внешность. При таком подходе достаточно одного – двух эпизодов хирургической коррекции внешности. Однако чрезмерные переживания пациенток по поводу неудовлетворенности конечным результатом и его несоответствия внутреннему представлению может вынуждать некоторых пациенток обращаться к эстетической хирургии вновь, что может привести к полной потере индивидуальности.

Переживание пациенток эстетической хирургии носит конфликтный характер в ситуации несогласованности внутренних представлений о требованиях, предъявляемых реальностью, а также субъективных представлений о себе. Такая ситуация актуализирует потребность в поддержании внутренней согласованности, и

субъект прибегает к защитной форме разрешения конфликта, выражаемой в повторном обращении за эстетической хирургией.

Выводы

Из определенных мишеней работы и предположительных особенностей психического функционирования таких пациенток закономерно следует формулирование принципов построения психологического сопровождения. Вследствие объективных условий взаимодействия пациента и специалистов в области эстетической хирургии программа должна быть краткосрочной, в период, когда принимается решение о необходимости коррекции внешности. В этой ситуации эстетический хирург выступает одновременно в роли психолога, так как его основная задача – сохранить гармоничное омоложение, индивидуальность и естественную красоту.

Нецелесообразно и рискованно проводить работу (а иногда и брать на операцию) с пациентками, демонстрирующими выраженные патохарактерологические черты.

Список литературы

1. Баранская Л. Т. Факторы риска расстройств личностной адаптации у пациентов эстетической хирургии / Л.Т. Баранская. – Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 2009. – 212 с.
2. Дементий Л. И., Варлашкина Е. А. Социально-психологический портрет пациенток пластической хирургии //Сибирский психологический журнал. – 2010. – №. 36. – С. 90-94.
3. Сластенина В. В. Социально-психологические характеристики женщин, прибегающих к услугам эстетической хирургии //Вестник Томского государственного университета. – 2007. – №. 303. – С. 205-208.
4. Сарджвеладзе Н.И. Личность и взаимодействие с социальной средой / Н.И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: Мецниереба, 1989. – 187 с.
5. Набойченко Е.С. Особенности мотивации пациенток эстетической хирургии с позиций психодинамического подхода / Е.С. Набойченко, В.И. Гисцев // Психологические исследования внешности и образа тела: коллективная монография. – Рязань, 2022. – С. 191-197.
6. Василюк Ф. Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – Т. 195. – 200 с.

©Ершина А.А.

УДК 159.953.5

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ДИСЛЕКСИИ

Ершина А.А.[1]

Кафедра клинической психологии и педагогики

Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

Резюме. В статье рассматривается проблема оптимизации коррекционной работы по *устранению* дислексии у детей младшего школьного возраста. Основное содержание статьи составляет анализ клинико-психологического подхода как метода коррекции дислексии. Значительное внимание уделяется представлению разработанного стимульного материала как сопроводительный элемент при чтении рассказа ребенка с дислексией. В заключении статьи обозначены перспективы работы в данном направлении. Такой подход может быть интересен специалистам, работающим с детьми, страдающими дислексией.

Ключевые слова: Дислексия, специфические расстройства чтения, клинико-психологический подход.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL METHOD OF DYSLEXIA CORRECTION

Ershina A.A.

Department of Clinical Psychology and Pedagogy

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

Summary. The article deals with the problem of optimizing correctional work to eliminate dyslexia in children of primary school age. The main content of the article is the analysis of the clinical and psychological approach as a method of correcting dyslexia. Considerable attention is paid to the presentation of the developed stimulus material as an accompanying element when reading a story of a child with dyslexia. In conclusion, the article outlines the prospects for working in this direction. This approach may be of interest to specialists working with children suffering from dyslexia.

Key words: Dyslexia, specific developmental reading, clinical and psychological method.

Введение

В настоящее время существует небольшое количество исследований, посвященных различным аспектам влияния физиологических нарушений при дислексии на психологическое состояние детей младшего дошкольного возраста.

Проблема нарушения письменной речи у учащихся общеобразовательной школы в современном мире становится наиболее актуальной. Одна из самых распространенных форм речевой патологии детей является нарушение чтения. Так, например, статистические данные по дислексии в России показывают, что в 2019 году в общеобразовательных школах процент учеников с выраженными нарушениями, которые характерны для дислексии и дисграфии (по данным кафедры нейропсихологии факультета психологии МГУ) составляет более 30%, для гимназий этот показатель равняется 20%.

К проблеме письменной речи общались многие авторы. В отечественной литературе представлены труды Лурия А.Р., Корнева А.Н., Мнухина С.С., Русецкой М.Н. (вице-презедент Российской ассоциации дислексии), Лалаевой Р.И., Левиной Р.Е. и др. Среди зарубежных авторов данную тему изучали такие авторы как Aaron P.A., Lowenstein L., Pavlidis G.Th и др.

Для того чтобы описать «письменную речь», необходимо понимать, что под собой подразумевает понятие «чтение».

Чтение – сложный психофизиологический процесс, в котором участвуют зрительный, речедвигательный, речеслуховой анализаторы. Кроме того, чтение – один из видов письменной речи, во время которой устанавливаются связи между словом слышимым, произносимым и словом видимым.

Чтение проходит в три этапа: зрительного восприятие, различение и узнавание букв. Далее происходит соотношение букв с соотвествующими звуками и осуществляется воспроизведение звукопроизносительного образа, его прочитывания. И, наконец, вследствие соотношения звуковой формы с его значением осуществляется понимание читаемого.

Также при чтении сначала будут восприняты графические изображения, после различаются и распознаются буквы, что впоследствии соотносится с их звуковым значением.

Буквы могут быть быстро и качественно усвоены в том случае, если сформированы фонематическое восприятие и анализ, пространственные представления и зрительная возможность запоминания зрительного образа буквы.

Дислексия - частичная неспособность к освоению навыка чтения, связанная с нарушениями функций или недоразвитием определенных участков коры головного мозга. В большинстве случаев дислексия сочетается с дисграфией - сложностями в овладении письмом. Распространенность дислексии среди детей школьного возраста достигает 5-10% [1, 2].

Дислексия описывается в МКБ-10 [3] в разделе "Расстройства психологического развития", категории "Специфические расстройства школьных навыков" под рубрикой F81.0 - "Специфическое расстройство чтения". Дислексия - несоответствие между фактическим и ожидаемым уровнем развития навыков чтения и правописания с учетом возраста и общего показателя интеллекта.

Согласно диагностическим критериям МКБ-10, низкие навыки чтения и письма при дислексии не должны быть связаны с отсутствием нормальных условий для обучения, расстройствами зрения и слуха, перенесенной черепно-мозговой травмой и другими неврологическими и психическими заболеваниями.

Дислексия - специфическая форма трудностей обучения, для которой характерны сложности, связанные с точностью и скоростью распознавания слов при чтении, а также с письмом под диктовку, орфографией и звуко-буквенным анализом. Причиной этих трудностей обычно служит дефицит фонологического компонента речи, наличие которого не соответствует уровню развития когнитивных способностей и достаточному школьному обучению. Вторичными проявлениями являются сложности понимания прочитанного, а также недостаток объема прочитываемого материала, что обычно приводит к ограничению словарного запаса. Проявлениями дислексии у детей являются отставание от сверстников в освоении техники чтения, очень медленный темп чтения, неправильное распознавание букв, ошибки при чтении [4].

Кроме того, дети-дислексики могут нуждаться не только в медицинской, но и в психологической помощи. Так, например, работа психолога в данном случае может заключаться в проработке эмоционально-волевой сферы, решении проблем с социальной адаптацией, а также с понижением уровня невротизации ребенка.

Таким образом, с точки зрения клинико-психологического подхода, дислексия - специфическое нарушение чтения, для которого характерны: стойкая избирательная

неспособность овладеть навыком чтения, несмотря на достаточный для этого уровень интеллектуального (и речевого) развития, отсутствие нарушений слухового и зрительного анализаторов и наличие оптимальных условий обучения.

Основное нарушение - неспособность овладеть слогослиянием и автоматизированным чтением целыми словами, что нередко сопровождается недостаточным пониманием прочитанного материала.

В основе расстройства лежат нарушения специфических мозговых процессов, составляющих функциональный базис навыка чтения. В логопедии дислексия определяется как частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера, обусловленное несформированностью или расстройством психологических функций, обеспечивающих процесс чтения.

Цель работы

Разработать стимульный материал, при использовании которого дети с дислексией смогут получить более полное представление сюжета при прочтении предъявленного им текста.

Материалы и методы

В ходе работы были использованы такие методы как изучение разнообразных источников информации, анализ полученных сведений, теоретические методы исследования.

Результаты и обсуждение

Коррекционная работа по устранению нарушений чтения у детей младшего школьного возраста проводится на протяжении всего учебного года.

Кроме того, диагностика (обследование) и последующая работа проходят под началом нескольких специалистов, то есть происходит слияние клинико-психологического и комплексного подходов.

Один из вариантов такой работы может быть следующим:

1. Развитие фонетико-фонематического компонента (работа с фонетическим восприятием, развитие навыков звукового анализа, работа над произношением)
2. Развитие лексико-грамматического строя речи (обогащение лексикона, развитие грамматических навыков и связной речи)
3. Формирование зрительных функций.

Для коррекционной работы с формированием зрительных функций можно применить следующие авторские методы (практические задания):

1. Метод составления рассказа по серии картинок. Ребенку предлагается рассмотреть ряд картинок, каждая из которых отражает один из моментов рассказов (рис. 1).



Рис 1. Стимульный материал к методу составления рассказа по серии картинок

Перед ребенком стоит задача соединить все фрагменты общей историей, не упуская мелко-нарисованных деталей на изображениях.

Данное занятие будет способствовать развитию и коррекции гностических зрительных функций (произвольного зрительного внимания, навыков зрительного анализа и синтеза, зрительной памяти).

2. Метод совместного чтения текста и работой над иллюстрациями к нему. Чтение текста рекомендуется проводить с помощью методов: «Ритмизорованное чтение» (автор Кисилёва Н.Ю., на основе методики Визель Т.Г.), «Устный диктант слов» (методические рекомендации Ильина Е.И.).

Перед тем, как начать работу с ребенком, специалисту необходимо подготовить текст, которой будет прочитан ребенком. Рассмотрим на примере рассказа «Как Жираф сам себя наказал» (автор М.А. Адрианов, пособие по воспитанию детей в семье и школе «Философия для детей в сказках и рассказах»). Данное произведение предлагается содержательно разделить на шесть фрагментов, для каждого из которых разработан стимульный материал (рис. 2). Соответственно, данный метод можно применять на протяжении шести сеансов по схеме: «Одно занятие - один фрагмент – одна картинка».



Рис. 2. Стимульный материал к методу совместного чтения текста и работой над иллюстрациями

Занятие 1. Ребенку предлагается прочитать первый фрагмент предложенного рассказа «Как Жираф сам себя наказал» (первые два абзаца). После этого ребенку предъявляется картинка, на которой проиллюстрировано прочитанное им ранее. Задание заключается в том, что ребенку необходимо обозначить на рисунке границы всех элементов. Данное задание направлено на развитие произвольного зрительного внимания и навыков зрительного анализа.

Задание 2. Ребенку предлагается прочитать второй фрагмент рассказа, т.е. второй абзац. После этого ребенку предъявляется картинка, на которой проиллюстрировано прочитанное им ранее. Задание заключается в том, что ребенку необходимо раскрасить «белые» элементы на картинке. Таким образом, мы обеспечим у ребенка дальнейшее формирование функций, описанных в Задании 1.

Задание 3. Ребенку предлагается прочитать третий фрагмент, т.е. третий и четвертый абзацы. Далее, ребенку предъявляется картинка, на которой проиллюстрирован фрагмент. Задание заключается в том, что ребенку необходимо дорисовать на рисунке границы всех элементов по пунктирным линиям. Таким образом, будут продолжать развиваться произвольное зрительное внимание, навыки зрительного анализа, а также задание направлено на развитие и коррекцию других зрительных моторных функций.

Задание 4. Ребенку предлагается прочитать с пятого по седьмой абзацы рассказа. После этого ребенку аналогично предъявляется картинка. Задание для ребенка – раскрасить элементы картинки в соответствии с цветами, обозначенными на каждом

из них. Таким образом, работа направлена на развитие зрительной памяти и навыков зрительного анализа.

Задание 5. Ребенку предлагается прочитать пятый фрагмент (восьмой и девятый абзацы). После этого, ребенку нужно раскрасить картинку. Также можно предложить ребенку сделать из картона фигуры «капель» или «пятнышек жирафа», которые следует «наложить» поверх картинки в произвольном или обозначенным специалистом порядке. Данное задание направлено на коррекцию гностических и моторных зрительных функций.

Задание 6. Ребенку предлагается прочитать последний фрагмент рассказа «Как Жираф сам себя наказал» (последние два абзаца). Дальнейшая работа ребенка – раскрасить все элементы на рисунке и обозначить их границы. Таким образом, мы «закрепим» сформированные зрительные функции.

Выводы

Исходя из данных, полученных в ходе работы, мы можем сделать вывод о том, что в клинико-психологическом подходе дислексия рассматривается как нарушение различных уровней ЦНС. В клинико-психологическом подходе задачей специалиста является развитие зрительной памяти и внимания; формирование обобщенных представлений о свойствах предметов, формирование умения работать по инструкции, работа с оптико-пространственными представлениями и др.

Дислексия – частичная неспособность к освоению навыка чтения, связанная с нарушениями функций или недоразвитием определенных участков коры головного мозга. Следовательно, дислекция – многопрофильная проблема.

Кроме того, во время исследования были разработаны методы, которые могут применяться при работе с несформированными зрительными функциями у детей-дислексиков. Данные методы позволят разнообразить коррекционные занятия, сделать их более интересными и эффективными для восприятия детей младшего школьного возраста.

Применение данных методов совместно с другими коррекционными работами поможет эффективно преодолеть дислексию у детей начальных классов. Кроме того, возможно использование методов как пропедевтический компонент в дошкольный период обучения.

Список литературы:

1. Заваденко Н.Н. Дислексия: механизмы развития и принципы лечения / Заваденко Н.Н., Румянцева М.В. // Русский журнал детской неврологии –2008. – Т.3. - №1. – с. 1-8.
2. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей / Корнев А.Н. - СПб: Речь, 2003.
3. МКБ-10 - Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб, 1994.
4. PROчтение: дислексия в XXI веке. Сборник материалов IX Международной научно-практической конференции Российской ассоциации дислексии (10 сентября 2020 г., Москва) [Электронное издание] / под общ. ред. О. А. Величенковой и А. В. Лагутиной. – М: Гос. ИРЯ им. А. С. Пушкина, 2020. – С. 319.
5. Н.Н. Китаева. Современный подход к коррекции дислекси у учащихся общеобразовательных школ / Н.Н. Китаева, И.А. Николаева, 2015.
6. А.Г. Иншакова. Различные типы дислексии и их взаимосвязь с нарушениями речевого развития у младших школьников / А.Г. Иншакова, 2008.
7. Корнев А. Н. Методика диагностики дислексии у детей. Методическое пособие / Корнев А. Н., Ишимова О. А - СПб: 2010.
8. Лалаева Р. И. Нарушение чтения и письма у младших школьников: диагностика и коррекция / Лалаева Р. И., Бенедиктова Л. В - СПб: Союз, 2010.
9. Русецкая М.Н. Сборник научных статей VII Международной конференции Российской ассоциации дислексии / Русецкая М.Н., Колтакова Е.В. – Москва, 2017. – 174 с.
10. Дорофеева С. В. Батарея тестов для выявления особенностей фонологической обработки у русскоязычных детей: данные нормы и группы детей с дислексией / Дорофеева С. В., Решетникова В. А., Зырянов А. С., Горанская Д. Н., Гордеева Е., Серебрякова М., Ахутина Т. В., Драгой О. В. // Восьмая международная конференция по когнитивной науке: тезисы докладов. - М: Институт психологии РАН, 2018. - С. 331–333.
11. Ахутина Т. В. Изучение чтения слов с регулярным и нерегулярным написанием у младших школьников // Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников. - М.: В. Секачев, 2015. С. 101–103.

12. Ахутина Т. В. Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет. / Ахутина Т. В., Корнеев А. А., Матвеева Е. Ю. - М.: В. Секачев, 2016.

© Ошкордина А.А., Есина Е.А., Трофимов И.М.

УДК 331.44

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ошкордина А.А.[1], Есина Е.А. [1], Трофимов И.М.[2]

[1]ФБГУ ВО «Уральский государственный экономический университет», кафедра экономики социальной сферы

[2]ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

Резюме. Статья рассматривает особенности и проблемы совершенствования первичного звена оказания медицинской помощи населению в сельской местности с учетом специфических условий социально-экономического развития Свердловской области. В ходе исследования собраны, обработаны и систематизированы показатели, характеризующие результативность деятельности фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), на основании которых авторами сформулированы выводы. Авторами определены основные направления дальнейшего развития первичного звена на сельских территориях сельской местности Свердловской области.

Ключевые слова: первичное звено, фельдшерско-акушерский пункт, результативность, сельское здравоохранение, качество жизни.

FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTHCARE IN THE SVERDLOVSK REGION

Oshkordina A. A.[1], Esina E.A. [1], Trofimov I.M.[2]

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Economic University", Department of Social Sphere Economics

[2]Sverdlovsk Regional Clinical Hospital №1.

Summary. The article examines the features and problems of improving the primary level of medical care to the population in rural areas, considering the specific conditions of the socio-economic development of the Sverdlovsk region. During the study, indicators characterizing the performance of feldsher-obstetric stations were collected, processed and systematized, on the basis of which the authors formulated conclusions. The authors have identified the main directions for further development of primary care in rural areas of the Sverdlovsk region.

Keywords: primary care, feldsher-midwife station, effectiveness, rural health care, quality of life.

Введение

Высокая актуальность темы исследования обусловлена неблагоприятной ситуацией с доступностью медицинской помощи населению в сельской местности Российской Федерации. По состоянию на 1 января 2024 г. на территории Свердловской области насчитывается 1845 населенных пунктов, из которых 47 городов и 27 населенных пунктов городского типа, 1771 сельских населенных поселений, из которых 137 (7,7% от общего количества) пунктов с численностью населения менее 100 человек, не имеющих доступа к первичной медико-санитарной и социальной помощи. Необходимо отметить негативную продолжающуюся тенденцию сокращения фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), как основного фактора доступной первичной доврачебной медицинской помощи сельскому населению страны. Так, в период 2012-2017 гг. сокращение ФАПов составило на 3,6 тысяч единиц, также наблюдается и сокращение станций скорой медицинской помощи на 150 единиц, что негативно влияет на своевременность обращаемости и доступности медицинской помощи сельскому населению.

Цель работы

Оценка инструментов организации первичной медико-социальной помощи сельскому населению в современных социально-экономических условиях развития территорий Свердловской области.

Материалы и методы

Материалами и исследовательской базой послужили труды отечественных и советских ученых в организации и управления системой здравоохранения. Базой расчета и анализа показателей, характеризующих деятельность первичного звена здравоохранения, послужила система официальной учетно-отчетной документации деятельности медицинских организаций и учреждений, а также статистические данные Свердловской области. При обработке и систематизации информационно-аналитического материала использовались методы группировки, детализации и методы экономического и статистического анализа.

Результаты и обсуждение

В соответствии со стратегией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации развитие первичного звена в сельской местности является на

сегодняшний день одним из приоритетных направлений [1], и многие организаторы отечественного здравоохранения обратили внимание на «Когда-то забытые» принципы советской медицины. Так, Президент РФ Путин В.В., отвечая на вопросы населения в рамках прямой линии в 2019 году выделил основные 3 приоритетные проблемы отечественного здравоохранения, среди которых – доступность первичного звена организации медицинской помощи сельскому населению; дефицит специалистов медицинского профиля и лекарственное обеспечение населения [2].

В своем выступлении Глава Комитета Госдумы Башанкаев Б.Н. подчеркнул особую актуальность модернизации первичного звена российского здравоохранения, особенно на территориях сельской местности и сообщил, что за два с половиной года программой модернизации было охвачено около 10 тысяч объектов первичного звена, включая районные поликлиники, сельские амбулатории, ОВП, ФАПы и ФП. Отмечается сокращение ФАПов и ФП по всей территории России в период с 2006 по 2016 г. на 13,5% (с 42 164 до 36553), с соответствующим сокращением числа посещений сельских жителей за медицинской помощью практически на 40% (с 133395 до 81802 тысяч посещений) [3, с. 153] Благодаря реализации федерального проекта более 2 тысяч ФАПов введены в эксплуатацию заново, что позитивно повлияло на доступность медицинской помощи в сельской местности [4].

Свердловская область является одним из наиболее динамично развивающихся российских регионов, расположенных на границе Европы и Азии. Здесь сосредоточены мощное промышленное производство, богатые природные ресурсы, крупные транспортные потоки, солидный научный и человеческий потенциал. Уровень концентрации промышленности в четыре раза выше, чем в среднем по стране. Свердловская область входит в число десяти регионов Российской Федерации, на долю которых приходится около 50% производимой в России промышленной продукции и порядка 25% внутренних затрат на научные исследования и разработки. Площадь Свердловской области – 194,3 тыс. кв. км. Численность населения – 4223,0 тыс. человек, городское – 85,8% сельское – 14,2%. На территории Свердловской области расположены 47 городов, 26 рабочих посёлков и посёлков городского типа, 1804 сельских населенных пункта. Местное самоуправление осуществляется на территории 94 муниципальных образований [5].

Как и на всей территории России медицинская помощь оказывается населению по трехуровневой системе оказания медицинской помощи.

Таблица 1. Количество учреждений первичного звена здравоохранения на территории Свердловской области [6]

Подразделение	Год				
	2017	2018	2019	2020	2021
Амбулатории	19	21	24	26	27
Общеврачебные практики	259	241	230	222	222
Фельдшерско-акушерские и фельдшерские пункты	561	560	580	585	585
Здравпункты врачебные	7	5	6	6	6
Здравпункты фельдшерские	7	8	8	8	8

Как свидетельствуют данные табл. 1 количество поликлинических учреждений Свердловской области сократилось на 14 единиц по отношению к 2017 году (сокращение составило 13% в относительных значениях) на фоне увеличения числа амбулаторий на 8 единиц – в 2021г. по сравнению с 2017 годом, что в условиях невысокой численности населения в сельской местности является, на наш взгляд, более эффективной формой организации первичной медицинской помощи. Наряду с планомерным увеличением ФАПов наблюдается ежегодное снижение числа общеврачебных практик (ОВП) около 5-7% каждый с 2017 г. Данная ситуация частично связана с реорганизацией ОВП в ФАПы, как более экономически целесообразной формы оказания первичной медицинской помощи в населенных пунктах с невысоким уровнем численности населения.

Вместе с тем обращает на себя внимание тот факт, что концентрация амбулаторно-поликлинических учреждений и ОВП наблюдается в крупных населенных пунктах. Кроме того, при сопоставления норматива количества амбулаторно-поликлинических посещений в расчете на 1 жителя Российской Федерации, который варьирует на уровне 9,1 с аналогичными показателями посещений жителей крупных городов Свердловской области — 7,2 и жителей сельской территории Свердловской области, который соответствует 4,5, выявятся существенное отклонение от федерального норматива, что еще раз может подтверждать факт отказа от профилактической направленности сельского здравоохранения.

В СССР сельская медицина финансировалась по трем каналам: основной объем текущих затрат обеспечивали колхозы и совхозы, остальную часть текущих затрат выделяли органы местного самоуправления (сельсоветы), а капиталовложения шли централизованно из госбюджета. После распада СССР колхозы и совхозы прекратили свое функционирование как субъекты финансово-хозяйственной деятельности, местное самоуправление как институт не состоялось, а обязанности по капитальным

расходам здравоохранения были делегированы на субъекты Российской Федерации, большинство которых не в состоянии адекватно выполнять эти обязанности. Исключение составляют редкие капиталовложения в рамках периодически реализуемых федеральных и региональных программ и проектов. Так, в рамках реализации региональной программы Свердловской области «Модернизация первичного звена здравоохранения Свердловской области» в структуре национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография», разработанной и утвержденной Министерством здравоохранения Свердловской области 16 декабря 2020 г. определены приоритетные направления по обеспечению доступности и повышению качества медико-санитарной помощи жителям сельских территорий.

Таблица 2. Финансовое обеспечение региональной программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Свердловской области» (тыс. руб.)

Источники финансирования	Год					
	2021	2022	2023	2024	2025 план	2021–2025 ИТОГО
Консолидированные финансовые средства	3084393,8	3616303,3	3178644,8	3178644,8	4768083,7	17826070,4
Федеральный бюджет	2824485,5	320609,0	2918736,5	2918736,5	4378104,7	16360672,2
Удельный вес, %	92	92	92	92	92	92
Областной бюджет	259908,3	295694,3	259908,3	259908,3	389979,0	1465398,2
Удельный вес, %	8	8	8	8	8	8

Данные табл. 2 свидетельствуют о выделении финансовых затрат на реорганизацию первичного звена здравоохранения в Свердловской области за счет средств федерального бюджета, что, несомненно, позволяет решить многие проблемы, связанные с ремонтом, строительством и совершенствованием оснащения современным технологическим медицинским оборудованием и транспортными средствами и т.д.

Таблица 3. Расходы на мероприятия в рамках реализации региональной программы (тыс. руб.)

Мероприятия, финансируемые из	**Год**				
	2021	**2022**	**2023**	**2024**	**2025 план**

консолидированного бюджета					
Строительство новых зданий	0	0	1300000,0	1630000,0	1520000,0
Капитальный ремонт зданий	311765,6	1988270,7	304849,9	1035061,6	1585402,0
Приобретение автотранспорта	119974,3	259024,0	156200,0	45669,0	105031,1
Оснащение медицинским оборудованием	2551213,9	1067872,6	1090874,9	380874,2	1310290,6
Приобретение и монтаж быстровозводимых модульных конструкций	101440,0	301136,0	326720,0	87040,0	247360,0
ИТОГО	3084393,8	3616303,3	3178644,8	3178644,8	4768083,7

Показатели табл. 3 демонстрируют распределение выделенных средств в рамках программы модернизации первичного звена здравоохранения Свердловской области. За истекший срок возведено более 80 модульных современных конструкций ФАПов, приобретено более 350 единиц автомобильного транспорта для амбулаторной службы и отделений скорой медицинской помощи, отремонтировано более 147 объектов первичного звена здравоохранения в сельской местности, поставлено более 1500 единиц технологического медицинского оборудования и т.д.

Наряду с уровнем технологической оснащенности первичного звена здравоохранения возрастает роль кадрового обеспечения. С падением престижа медицинских профессий, коррелирующих с высоким уровнем ответственности и низким уровнем заработной платы в отрасли повсеместно сформировался «кадровый дефицит», особенно на территориях сельской местности. Так, в отдаленных населенных пунктах северо-западных территорий Свердловской области уровень укомплектованности медицинским персоналом достигает чуть выше 50%, что

значительно усугубляет реализацию поставленных задач по повышению качества и доступности оказания медицинской помощи в сельской местности.

Таблица 4. Численность медицинских работников в сельской местности Свердловской области

Показатели	Год				
	2021	2022	2023	2024	2025 план
Число врачей (физических лиц)	288	285	230	250	264
Число среднего медицинского персонала (физических лиц)	2102	2150	2180	2190	2210
Число посещений в расчете 1 жителя сельской территории	3,7	4,5	4,52	4,54	4,6

В соответствии с представленными данными табл. 4, в рамках ориентации на увеличение объектов доврачебной медицинской помощи в малонаселенных пунктах в 2024 г. наблюдается сокращение числа врачей на 38 человек по отношению к базовому 2021 г. и увеличение численности среднего медицинского персонала на 88 человек, что обусловлено медицинской, социальной и экономической целесообразностью реализации принципов организации медицинской помощи населению в сельской местности, где зачастую функции лечебно-диагностического процесса ограничиваются динамическим наблюдением за течением заболевания, выполнения физиотерапевтических и профилактических мероприятий, направления и записи к узким специалистам и т. д.

Таким образом, модернизация первичного звена медицинской помощи населению сельских территорий позволит повысить качество и доступность медицинской помощи, что несомненно позитивно будет влиять на раннюю выявляемость заболеваний и своевременное лечение, а также поможет реализовывать принципы профилактической направленности отечественного здравоохранения.

Список литературы

1. Жуля А.С. Эффективность управления персоналом в современной организации. // Вопросы студенческой науки. 2022. - №10(74). – с.249-253.
2. Смирнова Т.В. Эффективное управление персоналом как фактор устойчивого развития и экономической безопасности современной организации. // Экономика. Социология. Право. – 2021. - №1(21). – с. 27 – 30.
3. Ошкордина А.А., Белобородова А.В. Совершенствование системы планирования как основной функцией управления медицинской организацией. // Конкурентоспособность территорий: материалы XXV Всероссийского экономического форума молодых ученых и студентов. – Екатеринбург, 2022. – с. 2 – 5.
4. Гурьянов С. Труднодоступная помощь: почему селу не хватаем медиков. [Электронный ресурс] // Известия. 2023. 19 октября. URL: https://iz.ru/1601513/sergei-gurianov/trudnodostupnaia-pomoshch-pochemu-selu-ne-khvataet-medikov (дата обращения: 15.03.2025).
5. Официальный сайт Правительства Свердловской области. [Электронный ресурс]. // URL: https://midural.ru/100034/100083/ , (дата обращения: 30.03.2025).
6. Основные показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций Свердловской области. // Информационный бюллетень Министерства здравоохранения Свердловской области. 2022.

© Шамбатов М.А., Борзунова Т.И., Хайбуллин А.Э., Миногина Т.В.

УДК 616-084

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ И ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ СРЕДСТВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шамбатов М.А.[1], Борзунова Т.И.[1], Хайбуллин А.Э.[1], Миногина Т.В.[2]

[1]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» г. Екатеринбург, Россия

[2]Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный экономический университет» г. Екатеринбург, Россия

Резюме. Основой профилактики госпитальной инфекции является комплекс мероприятий, направленных на предотвращение эндогенного и экзогенного инфицирования. Для повышения качества дезинфекционных мероприятий в медицинских учреждениях различного профиля необходим анализ используемых средств, расчетная потребность/израсходованность и безопасность. Цель: анализ используемых современных дезинфицирующих средств и антисептиков, расчетной потребности и израсходованности в медицинской организации онкологического профиля. Методы: квартальные планы и журналы учета использования антисептических и дезинфицирующих средства в Государственном автономном учреждении здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной онкологический диспансер» Результаты: В ГАУЗ СО СООД используют следующие антисептические и дезинфицирующие средства: БиаКлин (салфетки), Экстра-септик (салфетки), Аверон, Омник стирка, Tamitsid RTU, Изосептин, Био-Софт (мыло). Практически все средства включают в себя несколько действующих компонентов разных групп сразу, то есть являются комбинированными. Активные вещества подобраны так, чтобы они потенцировали действие, но нивелировали или компенсировали недостатки друг друга, обладали широким действием и были малотоксичны. Анализ расчетной потребности и израсходованности дезинфицирующих средств в различных отделениях онкодиспансера выявил соответствие данных параметров за отчетный период. Выводы: В медицинском учреждении онкологического профиля применяются современные комбинированные

дезинфектанты и антисептики, имеющие широкий спектр антимикробного действия и низкую токсичность. Самой частой медианной единицей являлись Аверон, Омник Стирка и Изосептин. Выявлено соответствие расчетной потребности и израсходованности дезинфицирующих средств за отчетный период, что свидетельствует о высоком уровни организации и планировании дезинфекционных мероприятий в представленном медицинском учреждении. Средства с наибольшим удельным весом при анализе расчетной потребности и приобретенной потребности относятся к группе дезинфицирующие средства для дезинфекции, предстерилизационной очистки, стерилизации изделий медицинского назначения.

Ключевые слова: антисептики, дезинфекционные средства, здравоохранение, медицинская организация.

ANALYSIS OF ANTISEPTIC AND DISINFECTANT PRODUCTS USED IN ONCOLOGICAL MEDICAL ORGANIZATIONS

M.A. Shambatov[1], T.I. Borzunova[1], A.E. Khaibullin[1], T.V. Minogina[2]

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State Medical University" Yekaterinburg, Russia

[2]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Ural State University of Economics" Yekaterinburg, Russia

Summary. The basis for the prevention of hospital infection is a set of measures aimed at preventing endogenous and exogenous infection. To improve the quality of disinfection measures in medical institutions of various profiles, it is necessary to analyze the funds used, estimated need/ expended and safety. Objective: to analyze the modern disinfectants and antiseptics used, the estimated need and expenditure in the oncological medical organization. Methods: quarterly plans and logs for the use of antiseptic and disinfectants in the State Autonomous Healthcare Institution of the Sverdlovsk Region "Sverdlovsk Regional Oncological Dispensary". Results: The following antiseptic and disinfectants are used in the State Medical University: BiaKlin (napkins), Extra-septic tank (napkins), Averon, Omnik washing, Tamitsid RTU, Isoseptin, Bio-Soft (soap). Almost all products include several active ingredients of different groups at once, that is, they are combined. The active substances are selected so that they potentiate the action, but offset or compensate for each other's shortcomings, have a broad effect and are low-toxic. Analysis of the estimated need and use of disinfectants in various departments of the cancer dispensary revealed the

correspondence of these parameters for the reporting period. Conclusions: Modern combined disinfectants and antiseptics with a wide range of antimicrobial effects and low toxicity are used in the oncological medical facility. The most common median units were Averone, Omnicellular, and Isoseptin. The correspondence of the estimated need and consumption of disinfectants for the reporting period was revealed, which indicates a high level of organization and planning of disinfection measures in the represented medical institution. The products with the highest specific gravity in the analysis of estimated needs and acquired needs belong to the group of disinfectants for disinfection, pre-sterilization cleaning, and sterilization of medical devices.

Keywords: antiseptics, disinfectants, healthcare, medical organization.

Введение

Основой профилактики госпитальной инфекции является комплекс мероприятий, направленных на предотвращение эндогенного и экзогенного инфицирования. Гигиена рук и кожных покровов, дезинфекция поверхностей и инструментария имеет важное значение для эффективной защиты пациентов, медицинских работников и посетителей от передачи патогенных микроорганизмов [1, 2].

Внедрение дополнительных профилактических мер обеспечения инфекционной безопасности [3, 4, 5, 6], суммарное применение нескольких дезинфектантов позволит повысить уровень инфекционной безопасности, а чрезмерное или неправильное использование дезинфицирующих средств и антисептиков может снизить восприимчивость организмов-мишеней к клинически важным антимикробным препаратам из-за механизмов перекрестной резистентности и/или корезистентности [7, 8, 9, 10].

Важность системы мониторинга используемых дезинфицирующих средств и антисептиков проблемой микробиологической устойчивости микроорганизмов [11]. Ряд исследований посвящены высокому уровню резистентности госпитальной микрофлоры к применяемым дезинфицирующим средствам [12, 13].

Несмотря на все усилия по организации качественной и эффективной медицинской помощи в системах и организациях здравоохранения, необходима разработка методов микробиологический мониторинга и контроля, базирующихся в первую очередь на ротация дезинфицирующих средств.

Для повышения качества дезинфекционных мероприятий в медицинских учреждениях различного профиля необходим анализ используемых средств, расчетная потребность/израсходованность, и конечно же безопасность.

Цель работы

Анализ используемых современных дезинфицирующих средств и антисептиков, расчетной потребности и израсходованности в медицинской организации онкологического профиля.

Дизайн – ретроспективное наблюдательное исследование.

Материал и методы

Объектом исследования выбран Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной онкологический диспансер» (ГАУЗ СО СООД).

Использован аналитический метод и метод санитарного описания.

Проведен анализ квартальных планов дезинфекции объектов и журналов учёта дезинфицирующих растворов приемных отделений, операционных, процедурных кабинетов, перевязочных. Статистическая обработка проведена с помощью пакета прикладных программ «Статистика — 10.0»

Результаты и обсуждение

Антисептики и дезинфектанты — это химические вещества, оказывающие бактерицидное или бактериостатическое действие. Антисептики применяются для обработки кожи и слизистых оболочек, а дезинфектанты - для обработки помещений, изделий или материалов.

В ГАУЗ СО СООД используют следующие антисептические и дезинфицирующие средства: БиаКлин (салфетки), Экстра-септик (салфетки), Аверон, Омник стирка, Tamitsid RTU, Изосептин, Био-Софт (мыло), обладающие широким спектром антимикробного действия и низкой токсичностью.

БиаКлин (салфетки): средство дезинфицирующее, не содержит спирт. Содержит четвертичные аммониевые соединения (ЧАС). Средство обладает антимикробной активностью в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий, включая возбудителей внутрибольничных инфекций (ВБИ), легионеллеза, особо опасных инфекций (чумы, холеры, туляремии); вирусов (в т.ч. полиомиелита), патогенных грибов рода Кандида и Трихофитон. Средство используется для гигиенической обработки кожи рук, обеззараживания перчаток, наружных

поверхностей и датчиков медицинских приборов и оборудования. Токсичность и безопасность средства: при введении в желудок относится к 4 классу малоопасных веществ; при нанесении на кожу - к 3 классу малоопасных веществ по ГОСТ 12.1.007–76.

Экстра-септ(салфетки): дезинфицирующее средство, не содержит спирт. Состав: дидецилдиметиламмония хлорид (0,35%), N,N-бис-(3-аминопропил) додециламин (0,15%), полигексаметиленбигуанида гидрохлорид (0,25%), вспомогательные компоненты, в т.ч. поверхностно-активные вещества, увлажняющие и ухаживающие за кожей рук добавки, вода. Обладает антимикробным действием в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий (включая микобактерии туберкулеза), внутрибольничных инфекций; инфекций вирусной этиологии (включая аденовирусы, вирусы гриппа, парагриппа и других возбудителей острых респираторных инфекций, энтеро-, рота, корона-, паповавирусы, вирус полиомиелита, вирусы гепатитов (А, В, С), герпеса, атипичной пневмонии, «птичьего» и «свиного» гриппа, ВИЧ (СПИД), кори, эпидемического паротита, патогенных грибов рода Кандида, дерматофитов, дерматомикозов, плесени (плесневых грибов)). Токсичность и безопасность средства: при введении в желудок относится к 4 классу малоопасных веществ; при нанесении на кожу - к 3 классу малоопасных веществ по ГОСТ 12.1.007–76.

Аверон: четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), Третичный амин, Гуанидин, Поверхностно-активные вещества (ПАВ), Вспомогательные компоненты. Активно в отношении: Бактерии - Mycobacterium terrae, Возбудители ВБИ, Грамотрицательные бактерии, Грамположительные бактерии; Вирусы - Аденовирусы, ВИЧ, Герпеса, Грипп, Парагрипп, Парентеральных гепатитов, Полиомиелит, Птичьего гриппа (H5N1), Ротавирусы, Свиной грипп (H1N1), Энтеральных гепатитов, Энтеровирусы; Возбудители особо опасных инфекций - Туляремия, Холера, Чума; Патогенные грибы - Дерматофитон, Кандида. Токсичность и безопасность средства: при введении в желудок относится к 4 классу малоопасных веществ; при нанесении на кожу - к 3 классу малоопасных веществ по ГОСТ 12.1.007–76.

Омник стирка обладает выраженными моющими и отбеливающими свойствами. Эффективно удаляет любые биологические загрязнений. Состав: перкарбонат натрия, карбонат натрия, ТАЭД, анионные и неионогенные ПАВы, цеолит, ингибиторы коррозии и другие компоненты. Для профессионального использования в прачечных

(в том числе в прачечных в составе медицинских организаций) с целью одновременной стирки, отбеливания и дезинфекции, текстильных изделий (в том числе больничного белья, рабочей одежды, салфеток) из медицинских организаций, гостиниц, парикмахерских, предприятий общественного питания, детских учреждений, социального обеспечения и т.п. при инфекциях бактериальной (включая туберкулез), вирусной и грибковой этиологии. Токсичность и безопасность средства: при введении в желудок относится к 4 классу малоопасных веществ; при нанесении на кожу - к 3 классу малоопасных веществ по ГОСТ 12.1.007–76.

Tamitsid RTU: содержит надуксусную кислоту (НУК) 4,0%–6,5%, перекись водорода 18,0%–24,0%, уксусную кислоту 10,0%–12,0% и вспомогательные компоненты, дистиллированную воду; pH 1,55–3,8%. Средство обладает бактерицидной, туберкулоцидной (в отношении возбудителя M. Terrae), стерилизующей (спороцидной), вирулицидной, фунгицидной активностью, не фиксировать органические загрязнения, легко смываться (1 промывание). Среднесмертельная доза (ЛД50), мг/кг класс опасности 4 класс (малоопасное вещество). Статическая ингаляционная затравка летучими парами средства в насыщающей концентрации 4 класс (малоопасное вещество).

Изосептин: содержит спирт изопропиловый 65% и дидецилдиметиламмоний хлорид (ЧАС) 0,2%, а также функциональные добавки, в том числе увлажняющие компоненты. Обладает антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий (включая возбудителей внутрибольничных инфекций, кишечных инфекций, микобактерий туберкулеза тестировано на Mycobacterium terrae), вирусов (острых респираторных вирусных инфекций, герпес, полиомиелит, гепатиты всех видов, включая гепатиты А, В и С, ВИЧ- инфекция, аденовирус и пр.), грибов рода Кандида и Трихофитон. Относится к 4 классу малоопасных веществ. Средство обладает

выраженным раздражающим действием на слизистые оболочки глаза. Степень ингаляционной опасности относятся к 4 классу малоопасных (способ протирания); в виде смеси паров и аэрозоля (способ орошения) - средство умеренно опасно (3 класс опасности).

БиаСофт (мыло): содержит ПАВ, функциональные добавки, обладает бактерицидным (включая микобактерии туберкулеза), а также вирулицидной и фунгицидной активностью в отношении грибов рода Кандида и Трихофитон; обладает

антимикробным действием; смягчает и увлажняет кожу; оказывает противовоспалительное и ранозаживляющее действие. Относится к 4 классу малоопасных веществ.

В состав данных препаратов входят химические соединения из различных групп (четвертичные аммониевые соединения, третичные амины, гуанидин, поверхностно-активные вещества, спирты, кислоты, и др.). Используемые в онкодиспансере антисептики и дезинфецирующие средства имеют свой механизм действия, положительные и отрицательные стороны в процессе использования. Препарат, содержащий в своем составе изопропиловый спирт (Изосептин), разрушает белки в мембранах клеток, что приводит к их гибели. Быстро испаряется, мало токсичен для человека, но обладает низкой противомикробной активностью и пожароопасен. Tamitsid RTU состоит из двух групп препаратов: кислоты (уксусная, надуксусная) и антиоксиданта (перекись водорода), разрушает мембраны микробных клеток, окисляя клеточную стенку. Хорошо растворяется, быстродействующий, малотоксичен, но имеет резкий запах и быстро дезактивируется. Сравнительно низкая бактерицидная активность у перекиси водорода. Дезсредства (БиаКлин, Аверон) на основе четвертичных аминов (ЧАС) образуют бактериостатическую пленку на поверхности и изменяют pH среды. Обладают широким спектром противомикробной активности (исключение грамотрицательные бактерии), нетоксичны. Не имеют запаха, но теряют активность в присутствии анионных поверхностно-активных соединений и частично деактивируются в присутствии органических веществ. Аверон, кроме ЧАС, содержит третичные амины, которые меняют pH среды, вызывая дегидратацию микробных клеток и соединяясь с микробными белками, нарушают их структуру, а также гуаниды (Экстра-сент). Последние нарушают ионный обмен и осмотическое давление внутри микробной клетки, что приводит к нарушению и гибели, но имеют не высокую активность в отношении микобактерии туберкулеза, вирусов, грибов и спор. Малотоксичны. В отличии от ЧАС обладают хорошими моющими свойствами. Хлорсодержащие дезсредства (Экстра-сент) окисляют мембранные аминокислоты, нарушают внутриклеточное производство белка и клеточное дыхание. Обладают широким спектром действия, однако нестабильны, обладают резким запахом и раздражающим действием. Дезсредство Омник содержит поверхностно-активные вещества (ПАВ) в сочетании с солями угольной кислоты. Благодаря содержанию ПАВ нарушается проницаемость, осмотическое давление и ионный обмен, что приводит к

гибели микробной клетки. Малотоксичен, сильное моющее средство. Имеет достаточно узкий спектр действия: не уничтожает споры при обычном использовании и РНК-вирусы с безлипидной оболочкой (энтеровирусы, возбудитель полиомиелита).

Таким образом, практически все антисептики и дезинфектанты, включают в себя несколько действующих компонентов разных групп сразу, то есть являются комбинированными. Активные вещества подобраны так, чтобы они потенцировали действие, но нивелировали или компенсировали недостатки друг друга, обладали широким действием и были малотоксичны.

Для проведения анализа расчетной потребности и израсходованности дезинфицирующих средств и антисептиков все средства были разделены на следующие группы (Рис.1):

1 группа - дезинфицирующие средства для дезинфекции объектов внешней среды;

2 группа - дезинфицирующие средства для дезинфекции, предстерилизационной очистки (ПСО), стерилизации изделий медицинского назначения (ИМН), в т.ч. эндоскопов;

3 группа - кожные антисептики, жидкое мыло.



Рисунок 1. Расчетная потребность дезинфицирующих средств в медицинской организации на год.

Наибольший удельный вес составила группа 2 (43,2%, 10 286 кг/л в год, p=0,04), группа 1 и 3 имели примерно равный удельный вес 29,9% (7 104 кг/л в год), и 26,9% (6 394 кг/л в год), соответственно (Рис.2).



Рисунок 2. Приобретённые дезинфицирующие средства в медицинской организации.

При анализе приобретённых дезинфицирующих средств в медицинской организации выявлено незначительное преобладание группы 3, по сравнению с расчетной потребностью, что обусловлено повышенной оборачиваемостью и лабильностью показателей медицинских услуг.

Наибольший удельный вес составила группа 2 (42,9%, 12 598 кг/л в год, p=0,05), группа 3 и 1 имели примерно равный удельный вес 29,9% (9 240 кг/л в год), и 26,9% (7 520 кг/л в год), соответственно.

При анализе остатка неиспользованных дезинфицирующих в медицинской организации выявлено снижение доли средств, относящихся к 1 группе, по сравнению с анализом расчетной потребности (Рис.3).

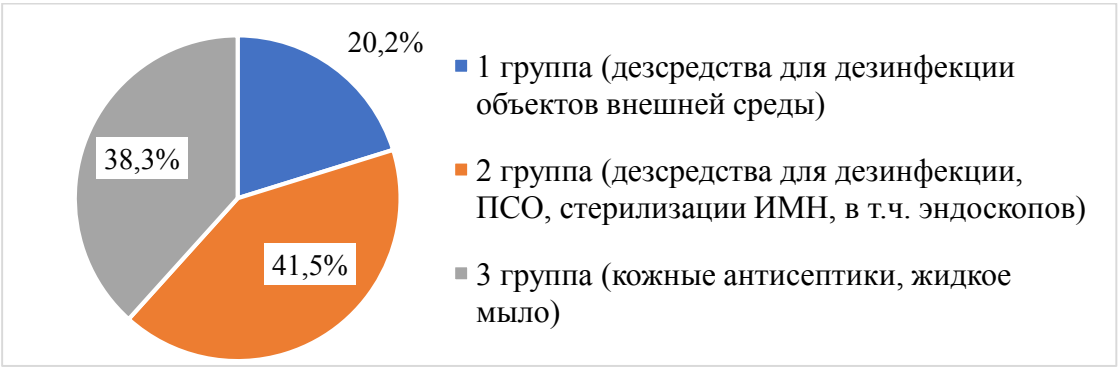


Рисунок 3. Остаток неиспользованных дезинфицирующих средств в медицинской организации.

Наименьший удельный вес составила группа 1 (20,2%, 1 126 кг/л в год, p=0,05), группа 2 сохранила преобладание в общей диаграмме и составила 41,5% (2 312 кг/л в год), группа 3–38,3% (2 136 кг/л в год).

Таким образом, анализ расчетной потребности и израсходованности дезинфицирующих средств в различных отделениях ГАУЗ СО СООД выявлен

соответствие данных параметров за отчетный период, что говорит о высоком уровни организации и планировании дезинфекционных мероприятий.

Выводы

1. В медицинском учреждении онкологического профиля (ГАУЗ СО СООД) практически все антисептики и дезинфектанты включают в себя несколько действующих компонентов разных групп сразу, то есть являются комбинированными. Активные вещества подобраны так, чтобы они потенцировали действие, но нивелировали или компенсировали недостатки друг друга, обладали широким действием и были малотоксичны. Самой частой медианной единицей являлись Аверон - 34,2% из общей доли используемых средств (2 184 кг/л в год), Омник Стирка - 40,4% из общей доли используемых средств (4 160 кг/л в год) и Изосептин – 36,0% из общей доли используемых средств (2 560 кг/л в год).

2. Выявлен соответствие расчетной потребности и израсходованности дезинфицирующих средств в различных отделениях ГАУЗ СО СООД за отчетный период, что свидетельствует о высоком уровни организации и планировании дезинфекционных мероприятий в представленном медицинском учреждении. Средства с наибольшим удельным весом при анализе расчетной потребности (43,2%, 10 286 кг/л в год, p=0,04), приобретенной потребности (42,9%, 12 598 кг/л в год, p=0,05) и остатка на отчетный период (41,5% 2 312 кг/л в год, p=0,05) относятся к группе 2 (дезинфицирующие средства для дезинфекции, предстерилизационной очистки (ПСО), стерилизации изделий медицинского назначения (ИМН), в т.ч. эндоскопов).

Список литературы

1. Dumas O., Wiley A.S., Henneberger P.K., Speizer F.E., Zock J.P., Varraso R., Le Moual N., Boggs K.M., Camargo C.A., Jr. Determinants of disinfectant use among nurses in US healthcare facilities. Am. J. Ind. Med. 2017; 60:131–140. doi: 10.1002/ajim.22671.
1. 2.Rutala W.A., Weber D.J. Disinfection and sterilization in health care facilities: What clinicians need to know. Clin. Infect. Dis. 2004; 39:702–709. doi: 10.1086/423182.
2. Beyth N., Houri-Haddad Y., Domb A., Khan W., Hazan R. Alternative antimicrobial approach: Nano-antimicrobial materials. Evid-Based Complementary Altern. Med. 2015; 246012. doi: 10.1155/2015/246012.

3. Sakudo A., Yagyu Y., Onodera T. Disinfection and sterilization using plasma technology: Fundamentals and future perspectives for biological applications. Int. J. Mol. Sci. 2019; 20:5216. doi: 10.3390/ijms20205216.
4. Gebel J., Exner M., French G., Chartier Y., Christiansen B., Gemein S., Goroncy-Bermes P., Hartemann P., Heudorf U., Kramer A. The role of surface disinfection in infection prevention. GMS Hyg. Infect. Control. 2013; 8:Doc10. doi: 10.3205/dgkh000210.
5. Gomes I., Malheiro J., Mergulhão F., Maillard J.-Y., Simões M. Comparison of the efficacy of natural-based and synthetic biocides to disinfect silicone and stainless steel surfaces. Pathog. Dis. 2016; 74:ftw014. doi: 10.1093/femspd/ftw014.
6. Forbes S., Latimer J., Bazaid A., McBain A.J. Altered competitive fitness, antimicrobial susceptibility, and cellular morphology in a triclosan-induced small-colony variant of Staphylococcus aureus. Antimicrob. Agents Chemother. 2015; 59:4809–4816. doi: 10.1128/AAC.00352-15.
7. Wieland N., Boss J., Lettmann S., Fritz B., Schwaiger K., Bauer J., Hölzel C. Susceptibility to disinfectants in antimicrobial-resistant and-susceptible isolates of Escherichia coli, Enterococcus faecalis and Enterococcus faecium from poultry–ESBL/AmpC-phenotype of E. coli is not associated with resistance to a quaternary ammonium compound, DDAC. J. Appl. Microbiol. 2017; 122:1508–1517. doi: 10.1111/jam.13440.
8. European Commission. Assessment of the Antibiotic Resistance Effects of Biocides. European Commission; Brussels, Belgium: 2009.
9. European Commission Biocides Overview. [(accessed on 10 February 2021)]. Available online: https://ec.europa.eu/ health/biocides/overview_en.
10. Проблемы мониторинга устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам в медицинских организациях / Н. В. Шестопалов, Л. С. Федорова, А. А. Серов [и др.] // Дезинфекционное дело. – 2018. – № 2(104). – С. 14-22. – EDN XQKRWH.
11. Федорова, Л. С. Совершенствование мониторинга устойчивости госпитальной микрофлоры к дезинфицирующим средствам и анализ его результатов в медицинских организациях г. Москвы / Л. С. Федорова, А. А. Серов // Пест-Менеджмент. – 2019. – № 1(109). – С. 44-45. – DOI 10.25732/PM.2019.109.1.007. – EDN NVEOKK.

12. Шестопалов, Н. В. Научно-методическое обоснование ротации дезинфицирующих средств в медицинских организациях на основе оценки чувствительности к ним госпитальных штаммов микроорганизмов / Н. В. Шестопалов, Л. С. Федорова, А. А. Серов // Дезинфекционное дело. – 2017. – № 4(102). – С. 28-32. – EDN ZWYZBR.

© Пономарева О.Н.

УДК 338.482.224

ПЕРСПЕКТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА В РОССИИ

Пономарева О.Н.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

Резюме. Медицинский туризм имеет долгую историю: все древние государства имели горячие источники, где проходили лечение и укрепляли свое здоровье представители аристократии. Видим мы подобную практику в средние века и в другие периоды развития человеческого общества. В настоящее время медицинский туризм приобретает не только массовое значение, но различные направления. Сегодня медицинский туризм может стать одной из перспективных и прибыльных направлений здравоохранения. **Цель исследования** – определить отрицательные и положительные факторы медицинского туризма в России и в Свердловской области, в частности. **Материалы и методы.** Основой послужили материалы научных статей и статистической информации по заявленной теме. **Результаты.** Исследования автора показали, что несмотря на ряд недостатков, медицинский туризм в России и в Свердловской области, в частности, имеет все предпосылки для своего развития и может стать одной из прибыльных отраслей народного хозяйства.

Ключевые слова: Медицинский туризм; факторы, тормозящие развитие медицинского туризма и обеспечивающие его развитие, перспективные направления медицинского туризма в России.

PROSPECTS OF MEDICAL TOURISM IN RUSSIA

Ponomareva O.N.[1]

[1]FGBOU VO "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia

Summary. Medical tourism has a long history: all ancient states had hot springs where representatives of the aristocracy were treated and improved their health. We see similar practices in the Middle Ages and in other periods of human society development. Currently, medical tourism is gaining not only mass importance, but also various directions. Today, medical tourism can become one of the promising and profitable areas of healthcare. **The**

purpose of the study is to identify the negative and positive factors of medical tourism in Russia and in the Sverdlovsk region in particular. **Materials and methods.** The materials of scientific articles and statistical information on the stated topic served as the basis. **Results.** The author's research has shown that despite a number of disadvantages, medical tourism in Russia and in the Sverdlovsk region in particular has all the prerequisites for its development and can become one of the profitable sectors of the national economy.

Keywords: Medical tourism; factors hindering the development of medical tourism and ensuring its development, promising areas of medical tourism in Russia.

Введение

Одним из самых перспективных направлений в туризме является медицинский туризм, который обеспечивает индивиду выезд на пределы территории его проживания для лечения и укрепления здоровья[5,с.66]. Сегодня эта направление туризма демонстрирует одни из самых высоких темпов роста. Поэтому задача России не только укрепить свои позиции в этом сегменте, но и предложить новые перспективные направления.

Цель работы

Статистический обзор рынка медицинского туризма в мире и России и выделить наиболее перспективные направления его развития в России в целом и Свердловской области в частности.

Материалы и методы

Основными методами исследования послужил анализ статистической информации по медицинскому туризму в России для выявления положительных и отрицательных факторов медицинского туризма в России, а также выявление перспективных направлений его развития.

Результаты и обсуждение

Туризм — это выезда индивида или группы индивидов с постоянного места жительства в лечебно-оздоровительных, познавательных, спортивных, профессионально-деловых, религиозных и иных целях. В зависимости от целей подразделяется на познавательный, спортивный, религиозный (паломничество), деловой (коммерческий) и оздоровительный. Вклад туризма в мировое ВВП составило в 2023 году-9899,3 млрд.долларов или 9,1% мирового ВВП; в 2024 г. – 11097,1 млрд. долларов или 12,1 % соответственно [7, с. 2].Численность туристических поездок

внутри России составил в 2022г. 97,9 млн. поездок (прирост 16,2% по сравнению с 2021 г.); в 2023 г.-10,8 млн. поездок (+10,6%); в 2024 г.-119,3 млн. поездок (+10,1%) [2, таблица 21, с. 9].

Современный медицинский туризм — это сравнительно новое направление туристической отрасли (не следует забывать, что первые упоминания о лечениях на целебных источниках встречаются у шумеров, египтян, греков и других народов на различных континентах). Это составная часть внутреннего и международного рынка туристических услуг. Согласно российской Ассоциации медицинского туризма и экспорта медицинский туризм — это форма туризма, при котором человек перемещается в другую страну (регион) на временной основе для получения медицинской услуги. Согласно замечаниям Савельева Н.А., Колесникова Р.В., Шмелевой Т.В., медицинский туризм — это направление туризма, целью которого является лечение граждан зарубежом и внутри страны; это получение медицинской помощи «как правило» по более низкой цене по сравнению с регионом (страной) проживания [6, с. 4].

С другой стороны, медицинский туризм — это сфера туристической индустрии, которая включает взаимодействие медицинских учреждений, банковской сферы, страхование, транспорт, связь, юридическую помощь [6, с. 6]. Дерябин А.В., Дерябин Д.А., Булатов С.В., Бай Т.В. рассматривают медицинский туризм как деятельность, направленную на восстановление и развитие физического и морального здоровья человека [3, с. 7, 12]. Медицинский туризм может быть въездным и выездным, внутренним и международным, медицинский клинический и медицинский курортный [6,с.12-13]. В этом виде туризма принято выделять следующие сегменты: косметологический, стоматологический, сердечно-сосудистый, ортопедический, бариатрический и другие.

Причинами возникновения такого вида туризма принято считать следующие факторы: возможность получения качественного медицинского обслуживания в стране (регионе), где специалисты обладают теми навыками, которые отсутствуют в родном регионе (стране); желание получить медицинскую услугу по более низкой цене; улучшить здоровье в условиях уникального климата [3, с. 13]; получение медицинской услуги, которая недоступна по религиозным и иным признакам в регионе (стране) проживания [8, с. 2-3].Например, в России есть Национальный портал медицинского туризма (www.russianhospitals.ru), который содержит 132 клиники из 49

городов, включает расширенную информацию о 1165 врачах и их деятельности, содержит 48065 обращений пациентов (на 30.04.2025).Среди международных можно привести пример сайта Booking Clinic.com, который предлагает лечение в Израиле, Индии, Германии, Китае, США, Турции по направлениям дерматология, кардиология, неврология и другие. Есть множество и других сайтов аналогичной направленности, которые предлагают укрепить свое здоровье в одной стране или нескольких.

Согласно статистического бюллетеня Росстата, объем санаторно-курортных услуг в 2022г. составил 188,9 млрд.руб. или 1,55% всех платных услуг в стране; в 2023 г.-198,7 млрд. руб. [7, с. 3]; за первое полугодие 2024 года - 97,1 млрд. руб. [7, с. 4]. Всего объем медицинского туризма в общем объеме туристических услуг составил в первом квартале 2024 г. – 15%, то во втором - 21,2% [7, с. 5].

В настоящее время рынок медицинского туризма функционирует по общемировым стандартам Medical Tourism (ИСО 22525 «Туризм и связанные с ним услуги. Медицинский туризм – требования к услугам»). Этот стандарт разработан Техническим комитетом ИСО/ТК 228 «Туризм и связанные с ним услуги» и внедрен в 2020 году. Стандарт включает требования ко всему процессу медицинского туризма; требования к человеку до лечения, непосредственно в процессе лечения, после лечения (реабилитации); требования к наблюдению и уходу за пациентом (больным). Стандарт ИСО 22525 устанавливает высокие как к качеству медицинских услуг, так и безопасности пациентов; способствует повышению доверия пациентов к медучреждениям, оказывающим эти услуги; обеспечивает оптимизацию внутренних процессов медицинских организаций; позволяет повысить эффективность управления медицинскими организациями, предлагающие такие виды услуг.

В топ-лучших стран по медицинскому туризму входят Тайвань, Южная Корея, Япония, Нидерланды, Дания, Австрия, Франция, Финляндия, Таиланд, Испания. Россия в этом рейтинге занимает 56 место из 97 стран (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.М. Блохина» Минздрава России, www:docs.yandex/ru/docs/view?tm=1744789688&tld=ru). Согласно Индекса Медицинского туризма, первые места по качеству занимает Канада, Англия, Израиль, Сингапур, Индия. Россия в этом списке занимает среднее 34 место [1, с. 1]. Но, с другой стороны, свидетельствуют о нереализованном потенциале и говорит о том, что медицинский туризм в Росси имеет огромные перспективы для своего развития. В настоящее время 71 регион России участвует в федеральном проекте «Развитие экспорта медицинских услуг».

Перечислим преимущества лечения в России: наличие высокотехнологической помощи и высококвалифицированных врачей с международным опытом; уникальные медицинские технологии; квалифицированный медперсонал среднего звена; доступная стоимость услуги; наличие расширенного списка медицинских услуг разнообразной направленности и стоимости.

Перечислим основные проблемы лечения в России, как для внешнего, так и для внутреннего медицинского туризма — это низкая информированность о лечении в стране; неразвитость медицинской инфраструктуры; недоинформированность потенциальных медицинских туристов в страховых и юридических вопросах. Для иностранных граждан — это получение визы и языковой барьер [1, с. 3]. К наиболее часто встречающимся жалобам медицинских туристов можно отнести: отсутствие сервисных услуг (22%); длительный период ожидания-15%; соблюдение медицинской этики – 9%; соответствие результата лечения ожиданиям пациента – 7%; качество сестринского ухода – 4%; инфекционная безопасность – 2% [9, с. 32]. К наиболее востребованным дополнительным услугам относиться помощь в оформлении документов, организация трансфера, дополнительное оснащение палаты, возможность посещения культурно - досуговых мероприятий, услуги переводчика [9, с. 34].

Сегодня основную массу въездных медицинских туристов составляют граждане СНГ (до 70%). Например, в 2023 году граждане Узбекистана составили 11,9%, Казахстан-19,3%, Армения - 8,6%, Беларусь - 6,4% [1, таблица 9, с. 10]. Наиболее дружественными странами для российских медицинских туристов является Беларусь, Таиланд, Турция, Южная Корея, Малайзия. Виза для таких туристов открыта от 60–90 дней [8, с. 5]. Наибольшим спросом у медицинских туристов пользуются такие регионы России, как Москва, Московская область, Санкт-Петербург и Краснодарский край. К наиболее популярным направлениям медицинского туризма в России относятся: 73% медицинских туристов запрашивают амбулаторную помощь; 49% помощь в условиях стационара; 22% высокотехнологичную помощь; 16% скорую медицинскую помощь; 10% медпомощь в условиях дневного стационара [9, с. 31]. Согласно Национального портала медицинского туризма, к наиболее востребованным направлениям в России является онкология, нейрохирургия и неврология, ортопедия, кардиология, клеточная терапия, гастроэнтерология, трансплантология, урология.

Согласно Национальный портала медицинского туризма (www.russianhospitals.ru) перечислим направления, которые наиболее актуальны (для лечения) для медицинских туристов в Свердловской области: кардиология, стоматология, офтальмология, комплексные медицинские осмотры. С другой стороны, согласно исследованиям Огурцовой Ю.Н. и Прокудиной А.Е., в Свердловской области наиболее востребованным сегментом является спрос на санаторно-курортное лечение, особенно с помощью минеральных вод. Всего на территории Свердловской области выделяют следующие группы минеральных вод – это воды Большого Уральского бассейна, Западно-Сибирского артезианского бассейна (Тобольского), Обуховского месторождения и другие. Всего на территории Свердловской области для лечения, питьевого и лечебно-столового использования функционирует 24 месторождения минеральных вод; существует 211 озерных месторождений сапропеля [4]. Помимо этого, следует отметить, что на территории Свердловской области существует несколько самостоятельно функционирующих термальных комплексов, например «Акварель» (г. Туринск), «Баден-Баден» (г. Реж) и другие; наличие лечебных грязей способствует развитию СПА-туризма в регионе.

Выводы

В настоящее время медицинский туризм приобретает новые и перспективные направления развития в России и Свердловской области, в частности, например, СПА-туризм. Но, существует несколько негативных факторов, которые тормозят развитие этого вида туризма. На первом месте следует отметить низкую информированность населения о таком виде туризма; недостаточная квалификация персонала (особо это заметно в санаторно-курортном лечении, СПА-лечении); требуется развитие малого и среднего бизнеса в этом направлении с поддержкой государства; большие надежды возлагаются на создание медицинский кластера «Академический», который будет центром медицинской науки и инноваций Свердловской области.

Список литературы

1. Анализ рынка медицинского туризма в России в 2019–2023 гг., прогноз на 2024–2028 г. Busines Stat.Готовые обзоры рынков. Демоверсия. [Электронный ресурс] URL: http://businesstat.ru/imags/demo/medical_tourism_russian_demo_dusinesstat/pdf (дата обращения: 02.04.2025)

2. Анализ рынка туризма в России в 2020–2024 гг., прогноз 2025–2029. Busines Stat. Готовые обзоры рынков. Демоверсия. [Электронный ресурс] URL: http:// docs.yandex.ru/docs/view&tm=1744786570&.pdf (дата обращения:02.04.2025)
3. Дерябин А.В., Дерябин Д.А., Булатов С.В., Бай Т.В. Теории и методика формирования и развития медицинского туризма региона на основе кластерного подхода: монография / А.В.Дерябин, Д.А. Дерябин, С.В. Булатов, Т.В. Бай.- М.: РУСАЙНС,2024. – 86 с.
4. Огурцова Ю.Н., Прокудина А.Е. Оценка ресурсного потенциала Свердловской области для развития лечебно-оздоровительного туризма // Вестник Алтайской академии экономики и права.-2019.- № 2-2.- С.308-312 [Электронный ресурс] URL: https:vaael.ru/ru/articie/view?id=328 (дата обращения:02.04.2025)
5. Крестьянинова О.Г. Медицинский туризм: сущность и перспективы развития// Технико-технологические проблемы сервиса. – 2019. – №3(49). – С. 66–69.
6. Савельева Н.А., Колесников Р.В., Шмелева Т.В. Медицинский туризм: вопросы терминологии // Вестник Евразийской науки. – 2020. – №2. – Том 12. – С. 1–16.
7. Статистический бюллетень Росстата к всемирному дню туризма,2024 г.,14 С. [Электронный ресурс] URL: http://ssl.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/turism_2024.pdf (дата обращения: 20.03.2025)
8. Штольц Л.Ю. Медицинский туризм: роль, значение, факторы изменения последствия для России и мира // Мир науки. Социология, филология, культурология. – 2023. – Том 14. – №1. – С. 1–8 // [Электронный ресурс] URL: http://sfk-mn.ru/PDF/52CSK123/pdf (дата обращения: 12.04.2025)
9. Экосистема медицинского туризма: контекст и управленческие практики / В.Г. Климин, Ю.А. Мальцев, К.А. Данилова, И.В. Климин, А.Н. Дайхес. – М.: Комментарий,2023. – 126 с.

© Калицкая В.В., Рыкалина О.А., Трофимов И.М., Рожин Д.И., Харин С.В.

УДК 614.2

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ РАСШИРЕНИЯ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Калицкая В.В.[1], Рыкалина О.А.[1], Трофимов И.М.[2], Рожин Д.И.[1], Харин С.В.[1]

[1]Уральский государственный экономический университет, кафедра экономики социальной сферы

[2]ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»

Резюме. В данной статье рассматривается роль цифровых технологий в расширении доступа к медицинской помощи в Свердловской области. Результаты показывают, что телемедицина, электронные медицинские карты, онлайн-очереди и дистанционный мониторинг позволяют существенно сократить время ожидания, оптимизировать потоки пациентов и повысить общее качество медицинских услуг. Выявленные барьеры включают недостаточную цифровую грамотность среди части медицинского персонала, ограниченную инфраструктуру в отдаленных районах и вопросы информационной безопасности. Полученные выводы подтверждают, что системное внедрение цифровых инструментов, комплексные программы обучения врачей, законодательная поддержка и информирование населения имеют решающее значение для расширения охвата медицинской помощью и совершенствования ее качества.

Ключевые слова: цифровизация, здравоохранение, телемедицина, Свердловская область, доступность, инновации, инфраструктура

DIGITAL TECHNOLOGIES AS A TOOL FOR EXPANDING ACCESS TO MEDICAL CARE IN THE SVERDLOVSK REGION

Kalitskaya V.V.[1], Rykalina O.A.[1], Trofimov I.M.[1], Rozhin D.I.[1], Kharin S.V.[1]

[1]Ural State University of Economics, Department of Economics of the Social Sphere

Summary. The article examines the role of digital technologies in expanding access to healthcare in the Sverdlovsk region. The results show that telemedicine, electronic medical

records, online queues and remote monitoring can significantly reduce waiting times, optimize patient flows and improve the overall quality of medical services. The identified barriers include insufficient digital literacy of some medical personnel, limited infrastructure in remote areas and information security issues. The results confirm that the systematic implementation of digital tools, comprehensive training programs for doctors, legislative support and public awareness are crucial for expanding the coverage of medical care and improving its quality.

Keywords: digitalization, healthcare, telemedicine, Sverdlovsk region, accessibility, innovation, infrastructure.

Введение

Развитие современных систем здравоохранения неизменно сопряжено с процессами цифровизации, которые в корне меняют привычные модели оказания медицинской помощи. Переход от традиционных форм взаимодействия пациента и врача к цифровым каналам коммуникации обусловлен необходимостью оперативного обмена информацией, увеличения уровня доступности для различных групп населения и повышения эффективности управления медицинскими ресурсами. В регионах с обширной территорией и неоднородной инфраструктурой данные процессы протекают особенно остро, поскольку медицинские учреждения могут быть удалены друг от друга и от пациентов на значительные расстояния. Свердловская область не является исключением: развитие промышленности, высокая плотность населения в городах и отдаленных поселениях, а также потребность в качественной и быстрой медицинской помощи формируют особый контекст, в котором цифровые решения становятся одним из ключевых инструментов оптимизации.

Цифровые технологии охватывают широкий спектр решений – от телемедицины и электронных очередей до цифровых диагностических платформ и мобильных приложений, помогающих пациентам контролировать показатели здоровья. Они предлагают эффективные механизмы взаимодействия между пациентами, врачами и административным персоналом: запись на прием через интернет, электронные медицинские карты, дистанционные консультации и хранение данных о динамике лечения. Важно отметить, что грамотное внедрение таких технологий требует не только технической подготовки, но и изменения организационных процессов, нормативно-правовой базы, а также готовности всех участников медицинского

процесса – от руководителей клиник до самих пациентов – адаптироваться к новым форматам взаимодействия.

Цифровизация повышает уровень вовлеченности пациента в процесс лечения, предоставляя возможность самостоятельного контроля за приемом лекарств, расписанием консультаций, отслеживанием результатов анализов и получением информационных материалов через цифровые сервисы. Для врачей новые инструменты расширяют возможности применения доказательной медицины, упрощают доступ к клиническим рекомендациям, системам поддержки принятия врачебных решений и базам данных о пациентах, а также снижают риск ошибок, связанных с человеческим фактором. Сокращение бумажной волокиты высвобождает время, которое врачи могут тратить непосредственно на пациентов.

Внедрение современных IT-решений в здравоохранении также стимулирует развитие региональной экономики: появляются новые рабочие места в сфере информационных технологий, формируются интеграционные проекты с участием образовательных учреждений, наукоемких компаний и государственных структур. Одновременно возникают и риски: информационная безопасность, защита персональных данных, этические вопросы использования электронных систем становятся критически важными аспектами при цифровизации здравоохранения. Небезопасная организация электронных сервисов, низкая надежность каналов связи или недостаточная подготовка персонала могут привести к утечке конфиденциальной информации и созданию дополнительных барьеров для пациентов.

Специфика Свердловской области проявляется в особенности географического расположения, климатических условий и социальной структуры. Сочетание крупных промышленных центров и отдаленных сельских районов выдвигает особые требования к доступности медицинских услуг. Цифровые технологии способны нивелировать эти различия, предоставляя населению возможность удаленных консультаций, записи на прием и дистанционного контроля за состоянием здоровья. Для региональной системы здравоохранения крайне важно обеспечить равномерное развитие инфраструктуры: качественные каналы связи, устойчивый доступ в интернет, модернизацию оборудования и обучение персонала работе с современными технологиями. При расширении цифрового пространства возрастает нагрузка на операторов связи, требуются инвестиции в телекоммуникационные сети, создание дата-центров и сервисных площадок. Органы государственной власти и частные

компании, выступающие партнерами в этой области, должны вырабатывать стратегию развития с учетом потребностей как мегаполисов, так и малых населенных пунктов. Важным шагом является внедрение комплексных проектов, направленных на создание единой региональной платформы здравоохранения, где можно централизованно хранить, обрабатывать и анализировать данные о пациентах, медицинских учреждениях и услугах. Такой подход позволит выявлять проблемные точки, оперативно реагировать на потребности граждан, оценивать эффективность принимаемых мер и планировать дальнейшие направления развития.

Таким образом, цифровые технологии открывают перед здравоохранением Свердловской области широкий спектр возможностей для совершенствования качества и доступности медицинской помощи. Однако их успешная реализация требует комплексного подхода, предполагающего не только техническое оснащение клиник, но и развёрнутое обучение персонала, внесение изменений в нормативно-правовые акты, защиту данных и формирование доверия населения к инновационным сервисам. Именно комплексный и системный характер внедрения цифровизации позволит достичь долгосрочных результатов, заложив основу для развития медицинской сферы региона с учетом современных требований.

Современные исследования подтверждают значимость цифровых технологий в повышении эффективности работы медицинских организаций. Так, А. Г. Воронова [1] подчеркивает, что сервис «Электронная очередь» позволяет существенно сократить время ожидания пациентов и упорядочить потоки в поликлиниках. При этом А. А. Евдокимов и Е. В. Семелева [2] обращают внимание на необходимость комплексной цифровизации медицинских учреждений, включая внедрение электронных карт и дистанционных консультаций. В то же время, по мнению Е. А. Уракиной [3], важным аспектом остается защита прав пациентов на медицинскую помощь в условиях растущей цифровизации, что связано с вопросами безопасного хранения персональных данных. Ряд авторов уделяет особое внимание опыту крупных городов. Например, И. В. Богдан и соавторы [4] изучали восприятие населением Москвы внедряемых цифровых систем здравоохранения, выделяя положительное влияние на удобство получения услуг. Вместе с тем В. В. Данилова [5] подчеркивает, что ключевым направлением остается совершенствование нормативно-правовой базы для повышения эффективности цифровых технологий в медицине. В контексте инновационных решений, А. А. Хохлов и Л. И. Никонорова [6] рассматривают

внедрение искусственного интеллекта для поддержания диагностических процессов, а Т. В. Лябаш и А. А. Арбузова [7] анализируют возможности использования технологий виртуальной реальности. Опыт регионов также заслуживает внимания. Г. М. Орлов и А. В. Чугунов [8] указывают на важность развития цифровых сервисов с учетом потребностей старшего поколения. При этом Е. И. Аксенова и коллеги [9] приводят примеры зарубежного опыта цифровизации здравоохранения, отмечая необходимость адаптации иностранных практик к российским реалиям. Среди прикладных аспектов специалисты обращают внимание и на эффективность конкретных решений. Так, О. Е. Волкова и С. В. Бузычкин [10] отмечают, что внедрение радиологической информационной системы iRIS ускоряет процессы диагностики и улучшает качество медицинской помощи. А. П. Шмаков с соавторами [11] подчеркивают ценность ИТ-технологий на примере детской хирургии, где электронные системы позволяют снижать вероятность врачебных ошибок. Наконец, С. П. Николаев и В. Н. Лысухин [12] рассматривают перспективы цифровизации в сфере медицины труда, утверждая, что грамотное использование цифровых инструментов повышает уровень профилактики профессиональных заболеваний. Таким образом, в научном сообществе нет единого мнения о приоритетности конкретных инструментов, однако большинство исследователей сходятся во мнении, что комплексное внедрение цифровых технологий, при условии законодательной поддержки и подготовки кадров, играет ключевую роль в повышении доступности медицинской помощи во всех регионах России.

Цель работы

Проанализировать использование цифровых технологий как инструмента расширения доступа к медицинской помощи в Свердловской области.

Материалы и методы

В рамках данного исследования была проведена комплексная оценка факторов, влияющих на доступность медицинской помощи в Свердловской области, с упором на использование цифровых технологий. Использовалась методика опроса представителей медицинских учреждений (врачей, администраторов, IT-специалистов), а также пациентов из городских и сельских районов. Опрос проводился с помощью электронных анкет, распространявшихся через региональные медицинские порталы и социальные сети. Собранные данные подвергались обработке и анализу с

применением статистических методов для выявления закономерностей и сравнительной оценки различных групп респондентов.

Результаты и обсуждение

Цифровые технологии способны коренным образом изменить восприятие здравоохранения у широких слоев населения, особенно в регионах, где сложная географическая конфигурация, удаленность населенных пунктов и неоднородность инфраструктуры накладывают дополнительные ограничения на доступ к медицинской помощи. В Свердловской области одной из крупнейших по площади и промышленному потенциалу в России, вопросы цифровизации стоят особенно остро. Региональная специфика определяет приоритетные направления развития: создание телемедицинских систем, внедрение электронных медицинских карт, онлайн-запись на прием, дистанционный мониторинг хронических пациентов и многое другое.

Телемедицина представляет собой одно из наиболее перспективных направлений цифровизации, позволяя проводить консультации, диагностику и даже некоторые элементы реабилитации на расстоянии. Для Свердловской области это может означать значительное сокращение неравенства в здравоохранении между городскими центрами и небольшими поселениями, где зачастую отсутствуют узкие специалисты или необходимое оборудование. При этом важными условиями успешной реализации телемедицинских проектов остаются высокоскоростной доступ в интернет, наличие соответствующей аппаратуры в местных учреждениях и подготовка медицинского персонала, способного эффективно использовать удаленные каналы связи.

Электронные медицинские карты (ЭМК) и связанные с ними цифровые сервисы позволяют существенно повысить оперативность взаимодействия между врачами и пациентами. При внедрении ЭМК медицинские специалисты получают быстрый доступ к истории болезни, результатам анализов и предыдущим заключениям коллег, что особенно важно при необходимости консилиума или комплексного лечения. Кроме того, автоматизированные системы способны выдавать рекомендации по возможным вариантам дальнейших диагностических исследований и лечения, помогая врачу принимать обоснованные решения. Для пациентов это означает упрощенный процесс взаимодействия с поликлиникой: повторные обращения к врачу, запись на лабораторные исследования и отслеживание результатов теперь могут проходить в режиме онлайн. Помимо улучшения логистики внутри медицинских учреждений, цифровые технологии создают предпосылки для более точного сбора статистических

данных о заболеваемости, динамике обращаемости и эффективности назначаемого лечения. Системы анализа больших данных (Big Data) и алгоритмы машинного обучения способны выявлять скрытые тенденции, проводить прогнозирование и формировать персонифицированные рекомендации. Однако их внедрение в практику требует значительных ресурсов и квалифицированного персонала, способного не только настраивать такие системы, но и интерпретировать результаты.

Одним из критически важных аспектов остается проблема подготовки кадров. Врачи и медсестры, привыкшие к бумажной документации, далеко не всегда готовы к использованию цифровых систем, которым необходимо уделять время для обучения. В Свердловской области уже предпринимаются шаги в направлении систематической подготовки медиков: организуются курсы повышения квалификации, мастер-классы и семинары для ознакомления с телемедицинскими технологиями, основами кибербезопасности и принципами работы с электронными картами. Аналогично ведется обучение административного персонала, поскольку эффективное внедрение цифровых инструментов требует слаженной работы всей команды, от регистратуры до руководителей подразделений. Любая цифровая платформа потенциально уязвима для внешних атак, а утечка конфиденциальной медицинской информации может нанести серьезный ущерб как конкретным людям, так и организациям в целом. Поэтому разработка системы защиты данных, резервного копирования, регулярные обновления и контроль доступа – неотъемлемые элементы цифровой трансформации здравоохранения. В Свердловской области вопрос кибербезопасности постепенно выходит на первый план, учитывая рост числа цифровых систем и масштаб внедрения электронных услуг.

Эффект, который оказывает цифровизация на пациентов и персонал медицинских учреждений, можно проиллюстрировать с помощью обобщенных показателей. Ниже представлена сводная таблица 1, отражающая ключевые аспекты влияния цифровых технологий на доступность и качество медицинской помощи в регионе.

Таблица 1

Анализ влияния цифровых технологий на доступность медицинской помощи

Направление внедрения	**Основные показатели**	**Эффект для пациентов**	**Эффект для медицинского персонала**
Телемедицинские консультации	Рост количества дистанционных приемов, сокращение времени ожидания в очереди	Удобство консультаций, сокращение необходимости в поездках, экономия времени	Оптимизация графика, сокращение нагрузки в часы пик, снижение бюрократических процедур
Электронные медицинские карты (ЭМК)	Увеличение скорости доступа к данным о пациенте, снижение объема бумажного документооборота	Прозрачность истории болезни, быстрый доступ к результатам анализов	Упрощение взаимодействия между специалистами, повышение точности диагностики
Онлайн-запись и электронная очередь	Уменьшение очередей в поликлиниках, ускорение обслуживания	Удобство выбора времени, сокращение визитов для записи	Распределение потока пациентов, оптимизация загрузки рабочего времени
Дистанционный мониторинг хронических пациентов	Увеличение числа пациентов под постоянным наблюдением, сокращение осложнений	Постоянный контроль состояния, уведомления о рисках	Своевременное реагирование, возможность оперативной корректировки лечения

Автоматизированные системы анализа данных (Big Data, ИИ)	Повышение точности прогнозов, выявление скрытых закономерностей	Персонализированная медицина, ранняя диагностика	Интеллектуальная поддержка принятия решений, повышение эффективности лечения
Электронные обучающие платформы для врачей	Повышение квалификации, рост компетенций в сфере IT и современных методов лечения	Косвенно влияет на качество обслуживания	Ускоренная интеграция новых знаний, доступ к современным практикам

Внедрение каждого из перечисленных направлений требует комплексного подхода: от обновления инфраструктуры и разработки специализированного программного обеспечения до создания правовых и организационных условий. Расширение доступа к медицинской помощи с помощью цифровых технологий в Свердловской области напрямую зависит от того, насколько системно будут выстроены процессы планирования, финансирования и контроля. Фактор обучения и принятия инноваций медицинским персоналом не менее важен, чем техническая сторона. Без квалифицированных специалистов, способных пользоваться современными решениями, и без поддержки руководства учреждений ни одна технология не будет внедрена в полном объеме. Некоторая часть населения, особенно пожилые люди, может с недоверием относиться к цифровым сервисам, опасаясь утраты привычного формата общения с врачом. В таких случаях необходима разъяснительная работа, обучение базовым цифровым навыкам, а также гибридный формат оказания услуг, позволяющий плавно перейти к новым моделям медицинской помощи. Государственные и муниципальные органы, в свою очередь, должны обеспечивать льготы, финансирование и поддержку проектов, направленных на телемедицину, электронную очередь и другие ключевые элементы цифровизации. При этом особую роль играют публичные кампании по информированию населения о преимуществах и правилах пользования новыми сервисами.

Таким образом, за счет внедрения комплексной цифровой экосистемы в здравоохранении региона удается совместить потребности различных групп жителей, повысить эффективность работы медицинских организаций и обеспечить снижение неравенства в доступе к качественной медицинской помощи. Свердловская область, обладая достаточным экономическим потенциалом, может стать одной из передовых площадок по внедрению цифровых инноваций, демонстрируя успешные практики развития телемедицины, электронных медицинских записей, систем анализа больших данных и других решений, способных трансформировать отрасль. Ключом к успеху служит постоянное взаимодействие между государственными структурами, медицинскими организациями, IT-компаниями и образовательными учреждениями, способствующее обмену опытом, ресурсами и научными наработками.

Выводы

Рассмотренные в ходе исследования аспекты внедрения цифровых технологий в здравоохранение Свердловской области позволяют утверждать, что цифровизация является одним из ключевых факторов повышения доступности медицинской помощи. Широкое использование телемедицины, электронных медицинских карт и онлайн-сервисов записи к врачу способствует сокращению временных и географических барьеров, делая качественные медицинские услуги более достижимыми для различных категорий пациентов. Однако для результативного применения подобных решений необходимо учитывать целый комплекс факторов: от уровня технической инфраструктуры и подготовки медицинского персонала до регуляторных норм и восприятия технологий обществом.

Проведенный анализ показывает, что успех цифровых инициатив во многом определяется способностью региональных властей и руководителей медицинских организаций обеспечить необходимые условия – надежную связь, достаточное финансирование, квалифицированные кадры и адекватную правовую базу. Параллельно возрастает необходимость в систематическом обучении персонала, так как даже самые передовые технологические инструменты теряют эффективность без грамотного использования и адаптации к конкретным нуждам пациентов.

Не менее важным является вопрос кибербезопасности и сохранения конфиденциальности персональных данных, что требует применения современных средств защиты информации и строгого соблюдения этических норм. Дополнительным фактором остается степень принятия новшеств обществом, в частности, среди

пожилых людей и других уязвимых групп населения, для которых цифровые сервисы могут быть непривычными или затруднительными.

Таким образом, цифровизация регионального здравоохранения способна превратить Свердловскую область в передовой субъект Российской Федерации по уровню развития медицинских услуг. Наиболее эффективным путем к этому станет комплексный подход, сочетающий внедрение инновационных технологий, выстраивание партнерских отношений с IT-сектором и образовательными организациями, а также активное вовлечение населения в процесс цифровой трансформации. При соблюдении этих условий появится реальная возможность обеспечить доступность медицины нового поколения, ориентированной на качество, результат и комфорт пациентов.

Список литературы

1. Воронова А.Г. Цифровые технологии в здравоохранении: сервис «Электронная очередь» // Социальная работа: современные проблемы и технологии. 2020. № 1(1). С. 79-85.
2. Евдокимов А.А., Семелева Е.В. Цифровизация медицинских учреждений // Научный Альманах ассоциации France-Kazakhstan. 2024. № 1. С. 48-52.
3. Уракина Е.А. Право на медицинскую помощь в эпоху цифровизации медицины // Молодой юрист. 2022. № 1. С. 10-13.
4. Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Цифровые информационные системы московского здравоохранения: взгляд населения // Московская медицина. 2020. № 4(38). С. 18-20.
5. Данилова В.В. Основные направления внедрения цифровых технологий в современном здравоохранении // Forcipe. 2022. № S2. С. 172-173.
6. Хохлов А.А., Никонорова Л.И. Цифровые технологии в медицине // Наука и Образование. 2023. № 2. С.
7. Лябаш Т.В., Арбузова А.А. Использование технологий виртуальной реальности в медицине // Молодые ученые – развитию Национальной технологической инициативы (ПОИСК). 2021. № 1. С. 673-675.
8. Орлов Г.М., Чугунов А.В. Эволюция цифровых сервисов здравоохранения для пациентов: направления развития для старшего поколения // Успехи геронтологии. 2022. № 4. С. 623-624.

9. Аксенова Е.И., Камынина Н.Н. Цифровизация здравоохранения: мировой опыт // Московская медицина. 2021. № 2(42). С. 6-25.
10. Волкова О.Е., Бузычкин С.В. Цифровые технологии как драйвер повышения эффективности медицинских организаций (на примере лучевой диагностики и радиологической информационной системы iRIS) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. 2023. № 3(33). С. 124-125.
11. Шмаков А.П., Зуев Н.Н., Кузьменко Т.В. Ценность IT-технологий в медицине: наш опыт // Детская хирургия. 2023. № S1. С. 218.
12. Николаев С.П., Лысухин В.Н. О цифровизации в сфере медицины труда // Профилактическая медицина. 2021. № 5-2. С. 91.

© Шурыгина Е.П., Столин А.В.

УДК 378.147.31

ЭЛЕКТРОННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ РЕСУРС В ПОДДЕРЖКУ ДИСЦИПЛИНАРНОГО МОДУЛЯ «НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»

Шурыгина Е.П.[1], Столин А.В.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

Резюме. Авторы делятся опытом создания и применения электронного образовательного ресурса в поддержку дисциплины «Факультетская хирургия» дисциплинарного модуля осеннего семестра «Неотложная хирургия органов брюшной полости» для студентов IV курса педиатрического факультета. Созданный электронный ресурс одобрен студентами.

Ключевые слова: электронный образовательный ресурс, неотложная хирургия органов брюшной полости.

AN ELECTRONIC EDUCATIONAL RESOURCE IN SUPPORT OF THE DISCIPLINARY MODULE "EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY"

Shurygina E.P.[1], Stolin A.V.[1]

[1]FGBOU VO "Ural State Medical University" of the Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg, Russia

Summary. The authors share their experience in creating and using an electronic educational resource in support of the discipline "Faculty Surgery" of the disciplinary module of the autumn semester "Emergency Abdominal Surgery" for fourth-year students of the Pediatric Faculty. The created electronic resource is approved by the students.

Keywords: electronic educational resource, emergency surgery of abdominal organs.

Введение

Цифровые технологии могут быть только средством, позволяющим выйти на решение новых актуальных задач обучения в медицинском вузе. Само по себе включение в образовательный процесс цифровых средств и технологий автоматически не повышает качества образования, не формирует такие необходимые сейчас

компетенции выпускника, как: ответственность, самостоятельность, умение находить нестандартные решения. Однако использованные современных технических средств в поддержку изучения клинических дисциплин, в том числе хирургии, могут помочь студенту в формировании этих навыков. Именно поэтому педагогам и методистам необходимо осваивать, развивать и активно применять в своей практической деятельности цифровую дидактику, цифровую психологию и цифровую этику. [1,2]

Кафедра хирургических болезней ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России (зав.каф.проф. С.А. Чернядьев), много лет включает цифровые технологии в преподавание хирургических дисциплин. Началось это ещё в 1989г. с повышения квалификации сотрудников кафедры в УПИ по специальности «Информатика и математическое моделирование», последняя учеба прошла в 2023г. «Информационные технологии в педагогике: информационная образовательная среда медицинского университета» в УГМУ. [3, 4] В 2024–2025 учебном году IV курс педиатрического факультета, при изучении дисциплины «Факультетская хирургия», перешел на стандарт ФГОС 3++. Для обеспечения педагогического процесса был подготовлен электронный образовательный ресурс (ЭОР) в системе дистанционного образования (СДО) Уральского медицинского университета (УГМУ) «MedSpace» (https://edu.usma.ru/course/view.php?id=1663).

Цель работы

Проанализировать результаты создания и применения ЭОР «Неотложная хирургия органов брюшной полости» при преподавании в осеннем семестре у студентов IV курса педиатрического факультета.

Материалы и методы

Дисциплинарный модуль «Неотложная хирургия органов брюшной полости» включает шесть очных практических занятий: Острый аппендицит, Острый холецистит, Острый панкреатит, Острая кишечная непроходимость, Желудочно-кишечное кровотечение и семестровый зачет. Практические занятия проводились по методике «перевернутый класс». Лекционный курс проводился в СДО *MedSpace* в синхронном онлайн режиме в системе *BigBlueButton* (*BBB*), шесть лекций: Малоинвазивная хирургия, Осложнения острого аппендицита, Осложнения острого панкреатита, Грыжи и их осложнения, Общие принципы диагностики и лечения перитонита, Острый живот.

В работе проанализировали частоту обращения к ЭОР и успеваемость 280 студентов IV курса педиатрического факультета в осеннем семестре по дисциплинарному модулю «Неотложная хирургия органов брюшной полости». По итогам изучения дисциплинарного модуля "Неотложная хирургия органов брюшной полости" дисциплины "Факультетская хирургия" студентам предлагалось заполнить анкету на предмет удовлетворенности качеством образовательного процесса. Анкетирование анонимное, 18 вопросов, каждый параметр оценивался по 5-балльной шкале, где 5 баллов – самая высокая оценка, а 1 балл – самая низкая.

Статистическая обработка материала произведена традиционными методами описательной статистики с определением среднего значения, стандартного отклонения и ошибки средней с использованием современной вычислительной техники.

Результаты и обсуждение

СДО *MedSpace* имеет мобильную версию, что облегчает студентам прослушивание лекций, так как не требует нахождения в строго установленных помещениях – у домашнего компьютера или в компьютерном зале библиотеки. Не однократно доводилось слышать объяснения студентов о том, что они не могли присутствовать на лекции, потому что были на работе. Наличие мобильной версии *BBB* устраняет это затруднение. Система *BBB* регистрирует время входа и выхода студента, длительность его пребывания на лекции. Это, во-первых, объективизирует контроль посещения лекций, во-вторых, дисциплинирует студентов. С целью контроля не только посещения лекций, но и усвоения лекционного материала в ЭОР «Неотложная хирургия органов брюшной полости» предусмотрен элемент «Вопросы после лекции», он открывается за пять минут до окончания лекции на 30 минут. Тем, кто был на лекции, прослушал её от начала до конца, сразу после лекции предлагалось ответить на три контрольных вопроса по теме лекции. На это давалось три минуты и одна попытка. Правильные ответы приносили до трех баллов в рейтинг студента. Средняя посещаемость лекций в осеннем семестре составила 80,77±2,53%, средний балл за ответы на вопросы сразу после лекции – 2,2±0,12 из максимально трёх возможных. Анализ посещения очных лекций по хирургическим болезням на нашей кафедре проводился в начале 2020г. [3]. Тогда посещаемость лекций (темы: Грыжи и их осложнения, Перитонит, Заболевания молочной железы) составила 76,39±3,67%.

Разница статистически не достоверна. Контроля усвоения лекционного материала в 2020г. не было.

Не исключая возможности возникновения у студентов сложных жизненных ситуаций, могущих помещать им присутствовать на лекции, в ЭОР предусмотрели возможность самостоятельного изучения пропущенной темы. Если студент по любой причине (уважительной или неуважительной) пропустил лекцию, ему необходимо самостоятельно изучить пропущенную тему в любом доступном источнике: учебник на бумажном носителе, учебник на электронном носителе, в том числе можно воспользоваться предложенным в ЭОР материалом: видеолекция, презентация, глава из монографии сотрудника кафедры, учебно-методические материалы кафедры, клинические рекомендации. Доступ к этим материалам открывался через час после лекции. Ещё через час, после самостоятельной работы, открывался элемент «Контрольный тест по теме». Студенту, пропустившему лекцию, но желающему получить один балл, предлагалось 10 вопросов 5 минут 2 попытки. Пропуски синхронных дистанционных лекций составили 21,67±0,81%, средний балл за контрольные тесты по пропущенным лекциям – 0,85±0,02 из 1,0 максимально возможного балла.

Не все студенты воспользовались возможностью изучить пропущенную тему и отчитаться о самостоятельной работе, не сделали этого 21 (7,5%) человек и не получили зачет по дисциплине «Факультетская хирургия» за осенний семестр.

На кафедре сохранились данные о пропусках лекции перед введением карантина, то есть время, когда лекции читались только очно, процент пропусков тогда был 29,51±0,84%, разница статистически достоверна. На наш взгляд это убедительно свидетельствует о необходимости контролировать посещение лекций, в программе *BBB* это делать удобно.

Практические занятия пропускали 31,1±1,1% студентов, что достоверно больше пропусков лекций. С каждым пропустившим занятия проводилось дополнительное собеседование, он получал задание самостоятельно изучить пропущенную тему, решить контрольный тест по теме и клинические ситуационные задачи. Результаты самостоятельной работы по темам практических занятий: средний балл за теорию вопроса 2,71±0,09, а решение клинических ситуационных задач – 1,9±0,07 балла из 3-х возможных. Вероятно, не надо объяснять почему оценки, полученные на очных практических занятиях достоверно выше, чем при самостоятельной работе студентов.

Ещё более выраженная разница при решении клинических ситуационных задач, самостоятельно студенты набирают 1,9±0,07 балла, а на очном практическом занятии – 2,83±0,07. Вот почему целесообразно на экзамене решение клинических ситуационных задач, во-первых, это самое трудное для студентов, во-вторых, ещё раз повторить.

В анонимном анкетировании приняли участие 82 студента, что составляет 29,29% списочного состава курса. По результатам добровольного анонимного анкетирования 90,12% респондентов общую оценку за курс поставили «отлично», на «два» курс оценил только один студент. Практическую ценность курса на четыре и пять баллов оценили 95,12% студентов, никто из респондентов не дал один или два балла. На вопрос «Материалы курса понятны и удобны для восприятия» 98,78% студентов ответили положительно. 96,34% респондентов согласились с тем, что «Вся представленная в курсе информация актуальна». К сожалению, у 14,64% респондентов возникали различные технические трудности: технические ошибки при вхождении, медленная загрузка, ссылки не открывались, переход между слайдами работал не корректно. Вероятно, частота технических проблем будет уменьшаться с приобретением опыта и хорошей техники. В разделе анкеты «Пожелания, предложения, комментарии» было много хороших слов, но позвольте остановиться на одном интересном предложении: «В тех темах, где представлены видеолекции, можно также добавить презентации для дальнейшего повторения, и наоборот, где только презентации записать видео, они очень информативны и удобны в обучении». ЭОР «Неотложная хирургия органов брюшной полости» получил полное и безоговорочное одобрение студентов.

Выводы

Первое и главное заключение, которое можно сделать – ЭОР «Неотложная хирургия органов брюшной полости» одобрен студентами. Во-вторых, считаем доказанным – необходимость решения клинических ситуационных задач на экзамене по «Факультетской хирургии» на IV курсе педиатрического факультета. И последнее, использование ЭОР дисциплинирует студентов и стимулирует на самостоятельную работу. Считаем необходимым довести до сведения студентов IV курса педиатрического факультета результаты нашего исследования.

Список литературы:

1. Кучер О.Н. Активизация учебно-познавательной деятельности обучающихся путем использования цифровых средств и технологий // Инновационные технологии в медицинском образовании: сб.ст. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Красноярск, 6-7 февр. 2019 г.) / гл. ред. С. Ю. Никулина. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2019. – С.217–224.
2. Попова И.В., Баранская Л.Т. Цифровая трансформация отечественного высшего образования: актуальные аспекты для реального преподавания // Вестник УГМУ, 2021, № 1, С.6-11.
3. Ермолаев В.Л., Шурыгина Е.П. Первый опыт использования дистанционного преподавание хирургии в Уральском медицинском университете // Вестник УГМУ, 2020 № 4, С.11–13.
4. Шурыгина Е.П., Ермолаев В.Л. Управление качеством преподавания хирургических болезней на педиатрическом факультете // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании: сб.ст. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Красноярск, 3-4 февр. 2016 г.) / гл. ред. С. Ю. Никулина. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2016.– С.73-75

© Скороходова Л.А., Устинов А.Л., Курмачева П.Д., Ковязина А.В.

УДК:93/94

МЕХАНИЗМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ОРУЖИЯ ГЕРМАНИЕЙ ВО ВРЕМЯ ВТОРОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Скороходова Л.А.[1], Устинов А.Л.[1], Курмачева П.Д.[1], Ковязина А.В.[2]

[1] Кафедра истории, экономики и правоведения ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России Екатеринбург, Россия

[2] Кафедра клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России Екатеринбург, Россия

Резюме. Введение. Авторы объясняют актуальность темы тем, что процесс разработки биологического оружия отражает и развитие медицины и науки того времени, и их влияние на последующее развитие НТР в Европе и мире. **Цель исследования –** показать, как Германия использовала биологическое оружие во времена Второй мировой войны, и как с помощью данного оружия они хотели контролировать территории оккупированных стран. **Материал и методы.** Методологическую основу работы составили историко-системный, идеографический и историко-хронологический методы исторического исследования. **Результаты.** Авторы дают развернутый анализ разработок нацистской Германии в сфере биологического оружия, изучают механизмы влияния таких разработок на ход войны. **Выводы.** Авторы приходят к выводу, что разработки имели эффект, и были весьма успешно применены во время Второй мировой войны. Однако исход войны предопределяет ресурсный перевес, а он оказался не на стороне Германии и ее сателлитов.

Ключевые слова: Вторая мировая война, биологическое оружие, разработки, эпидемии, контроль.

USAGE MECHANISMS OF BIOLOGICAL WEAPONS BY GERMANY DURING WORLD WAR II

Skorokhodova L.A.[1], Ustinpv A.L.[1], Kurmacheva P.D.[1], Koviazina A.V.[2]

[1] Department of History, Economics and Law Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

[2] Department of Clinical Psychology and Pedagogy Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Summary. Introduction. The authors explain the relevance of the topic by the fact that the process of developing biological weapons reflects both the development of medicine and science of that time, and their impact on the subsequent development of scientific and technological technology in Europe and the world. **The aim of the study** to show how the Germans used biological weapons during the Second World War, and how they wanted to use these weapons to destroy the territories of the occupied countries. **Material and methods.** The methodological basis of the work consists of historical-systemic, ideographic and historical-chronological methods of historical research. **Results.** The authors provide a detailed analysis of the developments of Nazi Germany in the field of biological weapons, study the mechanisms of influence of such developments on the course of the war. **Conclusions.** The authors conclude that the developments had an effect, and were very successfully applied during the Second World War. However, the outcome of the war determines the resource advantage, and it turned out not to be on the side of Germany and its satellites.

Keywords: World War II, biological weapons, developments, epidemics, control.

Введение

Большинство источников сообщает, что Германия не вела абсолютно никаких разработок биологического оружия. Как считает М. В. Супотницкий, «Сами немцы избегали нарушать Женевский протокол» [1]. В принципе и СССР, если верить источникам, почти не разрабатывала никакого биологического оружия. По мнению того же М. В. Супотницкого, «есть основания считать, что советский путь был более сходен с германским, чем с британским, американским или японским» [1].

Собрать воедино разрозненную информацию о биологическом оружии Третьего Рейха во время Второй мировой войны сложно, так как сведения в отечественной и зарубежной историографии по данному вопросу весьма разрозненны и скупы [2]. Актуальность темы определяется тем, что процесс разработки и использования биологического оружия отражает и развитие медицины и науки того времени, и их влияние на последующее развитие НТР в Европе и мире.

Хронологические рамки работы определяются самим периодом Второй мировой войны – 1939–1945 гг. однако для полноценного раскрытия темы, выявления причин и путей разработки биологического оружия, его влияние на послевоенное развитие Германии, возможен и выход за данные рамки.

Цель работы

Проанализировать процесс внедрения и использования биологического оружия в Германии в период Второй мировой войны, и как с помощью данного оружия Германия планировала осуществлять контроль над оккупированными территориями.

Материалы и методы

В статье дается развернутый литературный обзор по теме исследования. Литературной базой работы стали исследования отечественных ученых и публицистические материалы в СМИ по проблемам внедрения и использования Германией биологического оружия в ходе Второй мировой войны. Методологическую основу работы составили историко-системный, идеографический и историко-хронологический методы исторического исследования.

Результаты и обсуждение

Как утверждает Розбери, «В ходе Первой мировой войны Франция и Германия неоднократно заражали крупный рогатый скот и лошадей сибирской язвой и сапом, после чего перегоняли их на сторону противника. Существуют сведения о том, что в этот же период Германия пыталась распространить холеру в Италии, чуму в Санкт-Петербурге, а также использовала авиационные бактериологические боеприпасы против Великобритании» [1]. После Первой мировой войны, во время которой Германия широко занималась разработкой биологического оружия, таковые исследования абсолютно прекратились. Причиной стал запрет немцам на содержание большой армии, на военные разработки и т.д. [3] Согласно Версальскому миру: «Германии запрещалось иметь армию численностью более ста тысяч и современные виды вооружения. Почти вся бронетехника и орудия Германии, а также уцелевшие корабли военно-морского флота должны были быть переданы в руки держав-победительниц» [1].

Важно отметить, что мировое сообщество в области вирусологии, в том числе и в Германии поддерживало формирование и развитие институтов, занимающихся защитой населения от воздействия различных вирусов, поскольку эпидемии и пандемии преследовали человечество всегда, однако, это не касалось создания биологического оружия. Одним из тех людей, кто доказал, что немецкие НИИ занимались не только защитой населения, но еще и разработкой наступательных средств стал Клаус Райнхардт, сотрудник университета Тюбингема, который опубликовал архивные источники, доказывающие состоятельность теории создания

оружия [4]. По опубликованным данным немцы не отставали в процессах разработки биологического оружия от любых других европейских стран.

«Осознавая перспективность и губительность такого оружия, японцы, британцы и американцы во время Второй мировой войны активно работали над разработкой биологического оружия**,** проводя эксперименты с насекомыми и ядами, которые встречаются в природе» [5].

По всей стране, начали появляться разнообразные НИИ, занимающиеся эпидемиологией, вирусологией. Эти институты широко изучали характер различных болезней, способы их распространения и передачи, процент летальности и тяжести заболевания [6]. Руководила ими одна из самых неоднозначных организаций Третьего Рейха – Аненербе. «Основным инициатором работы над биологическим оружием в Третьем Рейхе выступил Генрих Гиммлер» [7]. Аненербе контролировала процессы создания оружия, вербовала новых ученых эпидемиологов, вирусологов, химиков, для проведения дальнейших разработок [8].

Одним из первых был создан институт в г. Берлин, где специально выводили новые, мутировавшие штаммы вирусов. Позже появился еще один институт, не в меньшей степени занимающийся этим же вопросом. Это был институт в г. Дессау. Основным предметом изучения в данных НИИ являлись: сыпной тиф, сибирская язва, чума, холера, оспа, менингит [6, 7, 8].

Однако, Германия не останавливалась на национальных НИИ. Институты стали открываться и на территориях оккупированных государств. Во Франции, Польше были расположены некоторые такие НИИ. Однако немецкое командование пошло на куда более рискованный шаг, открыв такие учреждения еще и на оккупированной части СССР. Такой институт появился на Украине, а именно в г. Киев. Сюда завезли новейшее оборудование. На тот момент его можно было назвать чуть ли не передовым, по технологическому обеспечению. Аненербе вербовала работников из некогда работавших там ученых, или же отправляла передовых ученых других оккупированных территорий, чтобы успешно модернизировать учреждение.

Примерно в 1942–1943 годах работа над биологическим оружием несколько замедлилась, Германии стало не хватать главного «подопытного материала», вследствие сокращения населения. Нацистский неофициальный план по заражению русских и поляков туберкулезом предполагал, что умерших от инфекционных заболеваний должно быть минимум вдвое больше. Тогда, для исправления

сложившейся ситуации один из передовых ученых Германии Курт Бломелично отправил в Киев несколько бактериологов. Они должны были в корне изменить ситуацию и повысить планку смертности населения [9]. Однако с данной задачей они справились лишь отчасти. У Киевского филиала бактериологического немецкого НИИ было большое количество передовых разработок, касающихся бактериологического оружия, но на протяжении войны они использованы не были.

Одной из проблем является проблема использования биологического оружия для осуществления контроля Германией над оккупированными территориями.

Во время самой войны были организованы концлагеря. В них, как известно, проводилось крайне много опытов над людьми. Объективно это позволило продвинуть медицину, в том числе вирусологию и эпидемиологию, на десятилетия вперед. В концлагерях велись испытания новейших штаммов вирусов на человеке. Людям вводили определенный вирус, и наблюдали что же с ним становится, какая реакция организма следует [8].

На территории Германии был специализированный тифозный концлагерь. Туда отправлялись новейшие штаммы вирусов, а непосредственно там проводились опыты над военнопленными. Там же был налажен та называемый конвейер по разработке и испытанию оружия на основе этих штаммов В 1940 году, когда немцы захватили французский город Ле Бурже, они стали активно вмешиваться в медицинские проекты Франции [10]. Во Франции того времени довольно широко велись разработки биологического оружия. После захвата Германией Франции исследования и производство биологического оружия отошло полностью в руки немцев.

В аэротехнической лаборатории Ле Бурже, Франция вела обширные исследования вирусов, с возможностью их распространения в воздушной среде. Причем там были не только французские наработки, но и разработки других европейских стран. Германия захватывала разработки и продолжила дальнейшие исследования. Но о практическом использовании этих разработок нет никаких данных, ни архивных, ни научных [10].

В 1942 г. нацисты вновь воспользовались чужими разработками, доработав их, и эти испытания оказались весьма успешными. В Варшаве была обнаружена лаборатория по разработке различного рода вирусов [11]. Польские повстанцы там разрабатывали сильнейшее биологическое оружие на основе вируса сибирской язвы и чумы. «В 1942 году гестапо обнаружило в Варшаве лабораторию, в которой польские

повстанцы готовили возбудитель сибирской язвы для диверсий против германских войск» [5].

Немцы обнаружили эту лабораторию, и все повернули против ее создателей. Нужно отдать должное польским ученым, они действительно создали мощное биологическое оружие, вывели новейшие штаммы чумы, которая обладала колоссальной летальностью, и имела совершенно иной анамнез, нежели, к примеру, чума XVIII в. Была даже попытка создания иной формы легочной чумы, но насколько это было успешным – неизвестно. Отметим, что немцы взяли все наработки поляков и наладили производственный процесс, при том достаточно сильно модернизировав их. Оружие испытывали на территориях Польши, в отдалении от центра, но на границе с Советским Союзом, чтобы вирус по возможности перекинулся на советскую территорию [12]. Вирус сибирской язвы был достаточно сильно видоизменен, и, при обычном, привычном уже его лечении человек умирал на 2-е – 3-е сутки. Вирус был усилен, и получил достаточно большую устойчивость к климатическим условиям. В Польше, в тех районах, где был применен этот вирус, погибал каждый 2-й человек, но заболевание достаточно быстро исчезло, примерно за 4–5 месяца [13].

Важно отметить, что в СССР были определенные методы лечения сибирской язвы, но эти методы против данного вируса приводили бы к смерти уже на 2-е сутки после заражения. Заболеваемость людей была сравнима только лишь с «черной смертью» в Европе 1340–1351 гг. Можно было бы просто «выкосить» передовые наступательные фронта и идти вглубь страны, правда, обходя зараженные территории. Но вот непосредственно на СССР такое биологическое оружие применено не было, возможно, из-за кажущейся ненадобности, так как в 1942 году Германия в войне была явным фаворитом [14, 15, 16].

«Во время своих служебных командировок в 1941 и 1942 гг. руководителю СС и немецкой полиции постоянно жаловались на клопов и вшей, распространяющих заболевания тифом. В начале 1942 года рейхсфюрер СС распорядился приступить к безотлагательному основанию энтомологического института в рамках эсэсовского исследовательского общества «Наследие предков» (Ahnenerbe)» [17].

Главным объектом исследований этого института являлись узники, которые «предназначались» для работы на различных предприятиях. Они разносили вшей (переносчиков тифа). Немцы строили планы по заражению большей части народа с помощью этих вшей. Опытные образцы такого биологического оружия уже были

применены не только на населении оккупированной Польши и Франции, но и на советской армии «в конце февраля 1942 г.: «Заражение тифозными вшами и отравление советских летчиков-офицеров и изменников родины» [7].

Тиф использовался для «мягкого» контроля численности населения в разнообразных деревнях и селах, так как применялся на мирном населении этих поселений. Но на этом способы распространения сыпного тифа не исчерпывались. Существовала схема, отработанная еще во время Первой мировой войны. Зараженных людей свозили в концлагеря, и начиналось заражение. Примером был концлагерь Озаричи на территории Белоруссии. Туда свозились зараженные люди, для массовой эпидемии в стенах лагеря.

Болезнь в стенах Озаричи была своеобразной «ложкой дегтя», на случай потери контроля над территорией Белоруссии. Когда советские войска освободили Озаричи, то столкнулись с проблемой тифа. Каждый 2-й солдат из войск, освобождавших концлагерь, подвергся заражению. Затем болезнь начала переноситься и другим людям, но достаточно быстро ее удалось остановить [17].

Еще одной разработкой Германии во время войны была малярия. От малярии погибло огромное количество народа. Она в достаточной степени несложно лечится, тем не менее ее достаточно сложно диагностировать на ранних стадиях. Разработать штамм вируса было поручено институту Дахау. Недавно найденные документы свидетельствуют, что в концентрационном лагере Дахау собирались загружать на борт самолетов люфтваффе не бомбы, а куда более смертоносное оружие — малярийных комаров [17].

В то время Дахау занимались исследованием новых форм пестицидов для уничтожения насекомых. Но, разрабатывая пестициды против насекомых, немцы не стали создать вирус, переносимый этими насекомыми. Переносчиками были выбраны комары. Во-первых, потому что это кровососущие насекомые, которые довольно быстро занесут заболевание в организм, во-вторых, потому что они вездесущи, а в-третьих, потому что они размножаются с высокой скоростью, передавая заразный ген следующему поколению. «Основная задача состояла в проведении исследований и опытов по применению новейших пестицидов против различных насекомых и изучении их реакций» [5].

Комаров было решено выбрасывать с самолетов, для масштабного заражения, чтобы они рассеивались по большой площади [18]. При этом немцы себя обезопасили

от заражения малярией своим географическим положением. Зимой в Германии и комары перестают размножаться и быть активными, во Франции и Италии же, где эти штаммы апробировались, климат был куда мягче и более пригоден для размножения зараженных комаров. Тем не менее, Германия, в ходе испытаний, увеличила устойчивость комаров к экстремальным условиям. «Более того, Рейнхардт утверждает, что нацистским ученым удалось добиться успехов в увеличении продолжительности жизни этих насекомых в экстремальных условиях» [5]. Личинки было решено поместить в болото, с помощью специально обученных людей-диверсантов. Там личинки должны были размножаться, заражать животных, располагающихся рядом. Вся задумка должна была вызвать не просто эпидемию малярии среди населения, а еще и сильнейшую эпизоотию, так как комары кусают не только человека, но еще и животных, перенося заболевание на них.

В конце войны, точнее в последние два месяца Второй мировой, Гитлер применил еще одну из разработок. Наиболее уязвимой была на тот момент, по мнению немецкой элиты, Великобритания. Было решено пустить на ее территорию вирус ящура. Люди ящуром болели достаточно редко, да и заражаемость была низкой. Расчет при запуске вируса был не на массовое заражение людей, а на массовое заражение животных, которые ящуром болеет достаточно часто, иммунная система не так устойчива к нему. И основной удар Германия планировала нанести по Великобритании не просто так. Еще в 1938 году Германия избежала очень страшной эпизоотии. На тот момент были организованы карантины скота, чтобы болезнь не вышла за их границы. Дальнейшие же исследования показали, что у скота на территории карантина возник достаточно устойчивый иммунитет к зоологическим болезням. В Великобритании же ничего подобного не было. Эта догадка элементарно подтверждается географическим положением страны – отделена от остальной части Европы морем. Соответственно у животных в Великобритании не было иммунитета к зоологическим заболеваниям [6, 7, 11].

К концу войны в Великобритании был недостаток продовольственных ресурсов. Не хватало мяса, молока, масла, и в целом, всех продуктов животного происхождения. Гитлер решил немного изменить своим убеждениям о быстром истреблении противника и решил лишить противника продовольственных ресурсов. Следовало вызвать дефицит продуктов питания, вследствие чего обвал еще и экономики страны. Гитлер хотел целенаправленно заразить несколько сельскохозяйственных районов

Великобритании, чтобы пошла эпизоотия. И если бы действительно такой вариант сыграл, то у англичан бы возникли серьезные проблемы не только с продовольствием мирного населения, но и со снабжением армии в целом, что было весьма важно в период войны [12].

Германия упорно рассматривала различные варианты нанесения удара, главным условием которого должна была быть неожиданность. Был вариант разнесения ящура группой диверсантов, проникших на территорию Великобритании. Был так же и более беспроигрышный вариант: распылить возбудитель с самолетов непосредственно на поля, где обитают как дикие, так и одомашненные животные. Распыление с самолета привело бы к безоговорочному заражению животных, но англичане бы на 100% знали откуда произойдет удар. Так что от беспроигрышного варианта пришлось отказаться [19]. Однако и первый осуществлен не был из-за того, что немцам не хватило времени для активных действий. Во-первых, поиск способов распространения штамма, а во-вторых, поиск идеального пути решения задачи затянулись [20]. Немецкая педантичность очень сильно подвела на этот раз германское командование.

Выводы

Германия достаточно много усилий вкладывала в разработки биологического оружия. Даже создавались специальные «отделения», занимающиеся исследованием вирусов, институты имели лучшее по тем временам оборудование. Логично, что если бы исследования не имели никакого практического результата, то педантичные немцы никак не стали бы развивать данное направление. Отсюда вывод – разработки имели эффект, и были весьма успешно применены во время Второй мировой войны.

Разработка биологического оружия была важным фактором установления контроля со стороны нацистской Германии за оккупированными территориями. Его применение позволяло нацистам приходить на уже подготовленную и ослабленную территорию, упрощая процесс ее захвата.

Немецкие разработки, внедряемые бесчеловечным, по сути, способом, стали вместе с тем прорывом в научных изысканиях. Война, как бы это жестоко ни звучало, всегда становится полигоном для испытаний, которые в дальнейшем позволяют сделать настоящий научный прорыв. Испытания новых форм биологического оружия неизбежно подстегнет развитие медицины и позволит добиться результатов в лечении новых форм заболеваний, вызванных биологическим воздействием на человека.

Список литературы

1. Супотницкий М. В. Беседа с журналистом Иваном Ленцевым о прошлом биологического оружия, преодолевшего его будущего // Солдаты России. 2009.
2. Тема биологического оружия во Второй мировой войне мало изучена // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://regnum.ru/news/3359923 (дата обращения: 23.03.2025 г.).
3. Биологическое оружие: от античных времен до первой мировой // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://s30556663155.mirtesen.ru/blog/43935349261/Biologicheskoe-oruzhie:-ot-antichnyih-vremen-do-pervoy-mirovoy (дата обращения: 23.03.2025 г.).
4. Степушкина Л.А. У нацистов все-таки была ядерная бомба? В Германии нашли часть ядерной бомбы нацистов // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.pravda.ru/news/world/1349389-yader/ (дата обращения: 23.03.2025 г.).
5. Биологическое оружие фашистов **//** [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://nosecret.com.ua/ (дата обращения: 15.03.2025 г.).
6. Буккер И. Нацисты во время Второй мировой создавали биологическое оружие // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.pravda.ru/mysterious/1190983-biogan/ (дата обращения: 23.03.2025 г.).
7. Алибек К., Хендельман С. Осторожно! Биологическое оружие. Городец: Городец-издат, 2003. 352 с.
8. Хакбердыева А., Аллабердыева А., Аннавалыева Д., Муррыков Д. Использование современных методов технологии в получении и хранении водорода // Молодежь. Наука. Будущее – 2023. Сборник статей II Международной научно-практической конференции, состоявшейся 2 мая 2023 г. в г. Петрозаводске. – Петрозаводск: Новая наука, 2023. – С. 91–95.
9. Супотницкий М. В. Развитие биологического оружия еще не начиналось // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.supotnitskiy.ru/stat/stat67.htm (дата обращения: 23.03.2025 г.).
10. Historical Study of the Development of the Misuse of Biological Weapons Technology // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://ieeexplore.ieee.org/document/10010443 (дата обращения: 23.03.2025 г.).

11. Биологическое оружие фашистов // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://salik.biz/articles/67113-biologicheskoe-oruzhie-fashistov.html (дата обращения: 23.03.2025 г.).
12. Применение биологического оружия в разные времена // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://pikabu.ru/story/primenenie_biologicheskogo_oruzhiya_v_raznyie_vremena_6783281 (дата обращения: 23.03.2025 г.).
13. Домингес А. Биологическое оружие // [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.lki.ru/text.php?id=6295 (дата обращения: 23.03.2025 г.).
14. Биологическое оружие вермахта: какой болезнью немцы пытались заразить советских солдат // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://dzen.ru/a/YwjNF2YnAFVFLXHo (дата обращения: 23.03.2025 г.).
15. Советское биологическое оружие: применял ли его СССР во время войны // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://news.rambler.ru/other/42203232-sovetskoy-biologicheskoe-oruzhie-primenyal-li-ego-sssr-vo-vremya-voyny/ (дата обращения: 23.03.2025 г.).
16. Советское биологическое оружие: История, экология, политика // [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.seu.ru/cci/lib/books/bioweapon/1/06.htm (дата обращения: 23.03.2025 г.).
17. Буккер И. Комары – биологическое оружие Третьего Рейха // Наука и техника. Февраль 2014.
18. Кровопийцы из СС: В середине Второй мировой войны нацистские ученые из СС планировали использовать малярийных комаров в качестве оружия // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.gazeta.ru/science/2014/05/10_a_5989373.shtml (дата обращения: 23.03.2025 г.).
19. Нацистские ученые планировали использовать комаров в качестве биологического оружия // [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.theguardian.com/world/2014/feb/14/nazi-scientists-mosquitoes-biological-weapon (дата обращения: 26.03.2025 г.).
20. Корягин В. Кровопийцы из СС // [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.gazeta.ru/ (дата обращения: 15.03.2025 г.).

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Я.В. Голуб, Е.С. Набойченко

МЕТОД СЕНСОРНОЙ ПЕРЕРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ

(АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ НА ОСНОВЕ ПРИЕМОВ КПТ, ДПДГ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ)

СИГВЕТ-МСПИ

Учебное пособие

Екатеринбург
2025

УДК 316.477 614.253

Голуб Я.В., Набойченко Е.С. Метод сенсорной переработки информации (автоматизированная психокоррекция на основе приемов КПТ, ДПДГ, физиологических подходов) СИГВЕТ-МСПИ: Учебное пособие. Екатеринбург: ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», 2025.

Авторы-составители:

Голуб Ярослав Валерьевич, к.м.н., заведующий сектором физиологии спорта ФГБУ СПбНИИФК

Набойченко Евгения Сергеевна, д.псих.н., профессор, директор Ингститута клинической психологии заведующая кафедрой клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО Уральский Государственный Медицинский Университет, главный внештатный клинический психолог Минздрава Свердловской области, ведущий научный сотрудник сектора физиологии спорта ФГБУ СПбНИИФК

Рецензенты:

Караяни Александр Григорьевич, д.псих.н., профессор кафедры юридической психологии и педагогики Академии Следственного Комитета Санкт-Петербурга, член-корреспондент Российской академии образования, заслуженный деятель науки РФ, действительный член Академии военных наук

Дугина Елена Александровна, д.м.н., главный врач ГАУЗ СО МКМЦ «БОНУМ», главный внештатный детский невролог УрФО

Учебное пособие адресовано практическим психологам, организаторам здравоохранения, преподавателям высших учебных учреждений по медицинским и социально-психологическим специальностям.

Утверждено методической комиссией специальности 37.05.01 – клиническая психология и гуманитарные дисциплины от 09 апреля 2025, протокол № 7.

© Голуб Я.В., Набойченко Е.С., 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие

Часть I

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕХАНИЗМ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

1. Теоретический анализ и предпосылки возникновения приемов и механизмов к пониманию метода сенсорной переработки информации

1.1. Элементы Когнитивно-поведенческой терапии

1.2. Приемы Систематической десенситизации (десенсибилизации)

1.3. Приемы Десенсибилизации и переработки движениями глаз

1.4. Приемы формирования артифициальных стабильных функциональных связей, условного рефлекса и снижения активности патологических доминант

1.5. Элементы психосемантической коррекции

1.6. Механизмы реконсолидации энграмм памяти

1.7. Принципы осознаваемого и неосознаваемое восприятия

1.8. Поведенческий акт с точки зрения функциональной системы П.К.Анохина

1.9. Оценка психоэмоционального реагирования по электро-кожному сопротивлению

Часть 2

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДИКИ

2.1. Основные этапы проведения методики:

Структура сессии в формате психотерапии/консультирования

2.2. Оценка динамики психоэмоционального состояния в процессе консультирования и коррекционного сеанса:

2.3. Методики оценки эффективности:

2.4. Показания, противопоказания и границы применения методики:

2.4.1. Показания:

2.4.2. Противопоказания:

2.4.3. Границы применения методики:

2.5. Алгоритмы практического применения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приложение.

Примеры практического использования

Особенности применения метода для коррекции негативных психоэмоциональных реакций при ПТСР

Список литературы

Предисловие

СИГВЕТ-МСПИ - современная IT-психотехнология, интегрирующая в себе наработки в области психологии, психофизиологии, нейропсихологии, психокоррекции (КПТ, ДПДГ, десенсибилизации). Используются психофизиологические подходы по формированию нейронных связей с помощью принципов, лежащих в основе физиологических механизмов формирования ассоциативных стабильных функциональных связей (АСФС), развития внешнего и внутреннего торможения, реконсолидации энграмм эмоциональной памяти.

Данная технология позволяет реконсолидировать эмоциональную память, предотвращать развитие негативных психоэмоциональных реакций и установок, изменять копинг-стратегии и дезадаптивные механизмы психологической защиты, осуществлять самоконтроль. В результате формируются новые навыки и автоматизмы адекватного реагирования на стрессовые ситуации.

Основными методическими подходами при реализации данного метода являются следующие приемы из области:

психологии:

- - когнитивно-поведенческой терапии – подбор вербальных триггеров на базе автоматических мыслей
- - специфической десенситизации – релаксация и отвлечение путем подачи комфортных циклических сенсорных стимулов и предъявление на этом фоне негативных триггеров
- - десенсибилизации и переработки движениями глаз – билатеральная стимуляция

физиологии:

- - формирование функциональных временных ассоциативных связей между негативными и конструктивными (ресурсными) триггерами и специальным образом предъявляемыми сенсорными стимулами
- - внешнее торможение – воздействие отвлекающими факторами в момент активации энграмм памяти, связанных с проблемой
- - неосознаваемое восприятие – предъявление вербальных триггеров в осознаваемом режиме на фоне вовлечения внимания в слежение за сенсорными стимулами

Часть I

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

1. Теоретический анализ и предпосылки возникновения приемов и механизмов к пониманию метода сенсорной переработки информации

В определенных случаях не только осознаваемые, но и **неосознаваемые** внешние сигналы, если они однажды совпадали с сильным отрицательным эмоциональным возбуждением, могут вызывать так называемые эмоциональные безотчетные переживания или невротические реакции, несмотря на то что повод, вызвавший их в данное время, остается скрытым от сознания субъекта.

Эмоция или невротическая реакция возникают как бы «беспричинно». На эмоционально лабильного человека с невротическим типом личности может действовать множество неосознаваемых раздражителей.

Безотчетные эмоции могут возникать и у здоровых людей в экстремальных условиях и ситуациях, при напряженной работе (особенно требующей быстрых переключений внимания), а также при интеллектуальном утомлении.

В основе формирования таких реакций лежит механизм формирования ассоциативных рефлекторных связей неосознаваемых стимулов с определенным психоэмоциональным состоянием. При этом необходимо соблюдение следующих условий:

- стимулы должны быть эмоционально значимыми,

- они должны находиться вне зоны активного внимания человека (вне сознательного восприятия, что обеспечивается либо кратковременностью воздействия стимула, либо вовлечением внимания в основной фоновый процесс);

- эмоциональное напряжение или мотивация (вовлеченность в происходящий процесс) также должны быть на высоком уровне.

Все это является необходимым условием формирования и сохранения в долгосрочной памяти ассоциаций, сформировавшихся на неосознаваемом уровне. Именно в этих случаях, как писал А.А. Ухтомский, следы прошлого могут оставаться годами под уровнем сознания, и, тем не менее, влиять на поведение человека в качестве подлинных физиологических мотивов.

Схема формирования неосознаваемого восприятия описывается следующим образом:

- неосознаваемые эмоционально значимые стимулы изменяют корковую активность, сопутствующую какому-либо процессу, возникающее возмущение в реализуемой программе вызывает «беспричинную» эмоцию и формирует стойкую ассоциацию;

- в случаях переживания длительных и сильных отрицательных эмоций наибольшие пластические изменения происходят в нервных кругах, связанных с эмоциональным поведением, в частности в структурах лимбической системы;

- в результате формируется состояние, которое можно отнести к понятию доминанты, так как оно характеризуется высоким уровнем возбудимости мозговых структур;

- в этих случаях, даже при очень слабой афферентной импульсации возможна активация системы временных связей между неокортексом и лимбической системой, которые составляют важное звено доминанты, сформировавшейся в результате конфликтной жизненной ситуации.

По подобному механизму могут развиваться безотчетные эмоции, когда их повод не осознается. В этих случаях эмоциональные состояния и реакции развиваются на основе условно-рефлекторной эмоциональной памяти без участия специфически человеческой словесно-логической памяти. Определенное эмоциональное состояние воспроизводится без отображения стимулов в образах или словесных стимулах. Это воспроизведение эмоционального состояния осуществляется с помощью условно-рефлекторного механизма нервными импульсами из неокортекса, но сама эмоциональная память обеспечивается соответствующими пластическими изменениями в структурах лимбической системы, которые составляют интегративный нервный механизм эмоционального поведения.

Таким образом, формирование навыков адаптивного поведения осуществляется через установление новых ассоциативных связей между негативными и конструктивными ресурсными вербальными стимулами и связанными с ними энграммами.

1.1. Элементы когнитивно-поведенческой терапии - возникающие автоматические мысли способствуют возникновению негативных психоэмоциональных реакций и способствуют самоподдержанию негативных когниций.

Проявляющееся в процессе индивидуального развития неадаптивное поведение может приводить к психологическим расстройствам, которые проявляются с учетом сформировавшейся личности, ее внутренней активности, сформировавшейся системы ценностей. В связи с этим поведенческая терапия, направленная на выработку новых и угасание патологических стереотипов реагирования (своего рода условных рефлексов), основанная на абсолютизации роли условного рефлекса дополняется когнитивной психотерапией при их взаимной интеграции. Личность формируется когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения (концепции о себе, окружающих и т. п.). Они часто неосознаваемы. Благодаря таким убеждениям люди избирательно воспринимают и оценивают происходящее. В случае неадаптивных «схем» это может приводить к неправильной интерпретации и последующей дезадаптации, которая, по принципу патологической обратной связи, будет усиливать первичное убеждение.

Таким образом, в связи с тем, что проблемы человека находятся в настоящем, а не в прошлом, необходимо выяснение неосознаваемых, деструктивных, ригидных категорий мышления с дальнейшим обучением новым способам мышления.

КПТ основана на биопсихосоциальном подходе (Perris, 1988). Однако в системе психологических факторов когнитивная модель отводит центральную роль процессам переработки информации: то, как люди думают, определяет – что они чувствуют и как действуют. С этой точки зрения, эмоциональные состояния и дисфункциональное поведение есть результат «неадаптивных» когнитивных процессов.

В процессе когнитивной терапии специалисты имеют дело с когнитивными элементами двух уровней: а) так называемыми «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информации и являющимися реакцией на происходящее в настоящий момент; б) базисными посылками, представляющими собой систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире, в которой фиксирован его прошлый опыт.

Схема терапевтического процесса, соответственно, также предполагает два этапа. Первый, симптоматически ориентированный этап, предполагает работу с

автоматическими мыслями (и связанными с ними эмоциональными и поведенческими реакциями), второй нацелен на проработку глубинных проблем.

КПТ основывается на представлении о том, что наши мысли, чувства и поведение взаимосвязаны и влияют друг на друга. Отправной точкой когнитивно-поведенческого подхода является идея о том, что не сами по себе события и ситуации определяют наше эмоциональное состояние, а то, как мы их интерпретируем, объясняем и оцениваем. КПТ исходит из представления о тесной взаимообусловленности мыслей, эмоций и поведения - иррациональные убеждения приводят к негативным переживаниям, которые, в свою очередь, проявляются в проблемном поведении. Когнитивно-поведенческая терапия сфокусирована не на прошлом, а на текущих проблемах клиента в актуальной ситуации. При этом человек рассматривается как активный участник терапии, а не пассивный получатель помощи. Когнитивно-поведенческая терапия в первую очередь направлена на выявление и анализ тех проблемных убеждений и мыслей, которые обуславливают эмоциональный дискомфорт у человека. Далее КПТ стремится скорректировать и заменить дезадаптивные установки на более рациональные, что освобождает от негативных переживаний, развивает и закрепляет адаптивное поведение, облегчающее совладание с трудными ситуациями. КПТ рассчитана на длительную работу.

1.2. Техники систематической десенситизации (десенсибилизации) – уменьшение выраженности психоэмоционального реагирования при систематическом предъявлении значимых триггеров на фоне релаксации.

Теоретическое обоснование и создание этого метода связано с именем Дж. Вольпе. Метод основан на принципе реципрокного подавления, который сформулирован следующим образом: страх может быть подавлен, если заменяется активностью, которая антагонистична страху.

«Если в присутствии вызывающих тревогу стимулов может быть осуществлена реакция, подавляющая тревогу, то она ослабит связь между этими стимулами и реакцией тревоги» (Вольпе Дж., 1962).

При систематической десенситизации негативное поведение (тревога, напряжение) замещается позитивно окрашенной реакцией (релаксацией, спокойствием, чувством контроля над событиями и др.).

В самой процедуре систематической десенситизации можно выделить три этапа:

1 - овладение методикой мышечной релаксации;

2 - составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (например, паук рядом, паук далеко, паук на картинке и т.д.);

3 - собственно десенситизация (соединение представлений о ситуациях, вызывающих страх, с релаксацией с задействованием контрольной сцены = безопасное место): на 5-7 сек идет представление психотравмирующей ситуации, с переходом в состояние релаксации на 20 сек и так далее. Обычно до 5 раз. При этом постепенное усиление иерархии психотравмирующих ситуаций.

1.3. Приемы десенсибилизации и переработки движениями глаз – применение отвлекающих движений на фоне активного удержания в фокусе внимания проблемной ситуации, что с точки зрении психофизиологии можно рассматривать как внешнее торможение условного рефлекса.

Согласно теории Шапиро – у человека есть информационно-перерабатывающая система, обеспечивающая его защиту и само исцеление после психотравмирующих ситуаций, что с точки зрения физиологии может рассматриваться как условное (внутреннее) торможение.

Однако, в ряде случаев, переживание травматического опыта или дистресс может перекрыть возможности его механизмов переработки (угасания), в этом случае память и стимулы, ассоциированные с событием, перерабатываются неадекватно и сохраняются в изолированных областях памяти – формируется своего рода патологическая доминанта.

Цель коррекции – дать возможность пациенту переработать эти стрессовые воспоминания и позволить ему развить более адаптивные механизмы совладания, т.е. применить внешнее торможение.

Воздействие билатеральной стимуляции на сенсорные каналы (зрение, слух, ощущения) способствует вовлечению внимания, которое естественным образом отвлекается на это воздействие за счет включения ориентировочного рефлекса и отвлечения от проблемы. Билатеральная стимуляция удерживает ваше внимание, поэтому происходят две вещи:

1) Вы не можете думать о проблеме и

2) Вы начинаете чувствовать себя расслабленным.

Это приводит к изменениям в способе сохранения памяти о проблеме с помощью так называемого неассоциативного обучения.

На фоне проводимой билатеральной стимуляции легче проводится так называемое неассоциативное обучение - изменение в ответ на стимул, которое не включает в себя ассоциацию представленного стимула с другим стимулом или событием, таким как вознаграждение или наказание, т.е. с точки зрения физиологии – применяется прием внешнего торможения.

Действие метода ДПДГ основывается на эффекте десенсибилизации (снижении чувствительности), которое возникает при одновременной фокусировке на негативном воспоминании (активация патологической доминанты) и слежении глазами за движущимся стимулом (стимуляция ориентировочного рефлекса на внешний раздражитель), что приводит к снижению активности патологической доминанты за счет переключения (отвлечения) на отвлекающие воздействия, что по механизму является аналогом внешнего торможения условного рефлекса за счет предъявления дополнительных отвлекающих стимулов на фоне условных сигналов.

1.4. Приемы формирования артифициальных стабильных функциональных связей, условного рефлекса и снижения активности патологических доминант

Принцип доминанты был открыт А.А. Ухтомским. Доминанта определяет вероятность возникновения той или иной ответной реакции в ответ на текущее раздражение. Доминанта – временно господствующая в нервной системе группа нервных центров (или система рефлексов), определяющая характер текущей ответной реакции организма на внешние и внутренние раздражители и целенаправленность его поведения. А.А. Ухтомский подчеркивает важное свойство доминирующего центра достаточно интенсивно, продолжительно и стойко накапливать и поддерживать в себе возбуждение, что приобретает значение господствующего фактора в работе прочих центров. Это и создает предпосылки для хронического свойства доминанты, ее инертности. При повторении доминанты репродуцируются в свойственный только им единый ритм возбуждения. Единство действия достигается способностью данной совокупности нервных образований взаимно влиять друг на друга с точки зрения усвоения ритма, то есть синхронизации активности нервных центров. Процесс синхронизации темпов и ритмов активности нервных центров, входящих в состав определенной констелляции, делает ее доминирующей. Подбирая вновь биологически значимые для себя сигналы из новой среды, доминанта переинтегрирует старый опыт.

У человека в качестве условного раздражителя может выступать слово, заменяя действия какого-либо конкретного материального фактора. Возникающие автоматические мысли запускают цепь негативных психоэмоциональных реакций.

Оценивая роль слова в высшей нервной деятельности, И.П. Павлов писал: «Конечно, слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и поэтому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают эти раздражения».

(Столяренко А.М. Физиология высшей нервной деятельности. ЮНИТИ-ДАНА, 2017, 463 с.)

Энграмма каждого слова представляет собой *функциональное нервное новообразование* - целостный динамический стереотип (паттерн) со своими динамикой и законами. Когда человек видит какой-то объект или явление, в его высшей нервной деятельности первоначально активизируются рецепторы зрительного анализатора и в высшие отделы мозга поступают сигналы. Они вызывают иррадиацию возбуждений в речевой анализатор. При этом приводится в действие речевая составляющая энграммы слова, обозначающего этот объект или явление. Практически это соответствует непроизвольному произнесению слова про себя (частично или полно), словно на наблюдаемый объект, явление мысленно навешивается табличка с его названием. Активизированное слово, в свою очередь, пробуждает знания, с которыми оно связано у данного индивида. Все описанное может происходить и в обратном порядке:

- человек слышит слово;
- слово активизирует образ обозначаемого им предмета, который может мысленно возникать в психике человека;
- активизируются одновременно и другие слова, образы, определения, комплексы словесно выраженных знаний, имеющих отношение к его значению.

Важный момент: для взрослого грамотного человека *нет принципиальной разницы между словом услышанным, увиденным, написанным, произнесенным вслух или про себя.*

Процессы возбуждения при стимуляции словом носят не генерализованный, а избирательный характер — в соответствии со сложившимся рисунком связей энграмм. Между активизирующимися участками коры больших полушарий возникает взаимодействие в виде общего ритма электрических колебаний.

Физиологическими путями снижения активности неадаптивных условно-рефлекторных реакций являются приемы внешнего торможения и отрицательной индукции. Внешнее торможение возникает под действием посторонних к образуемому условному рефлексу раздражителей. Посторонний раздражитель, особенно новый и сильный, вызывает ориентировочный рефлекс, и возбуждение, относящееся к этому рефлексу, тормозит условный рефлекс до тех пор, пока посторонний раздражитель не исчезнет или не потеряет новизны. Таким образом, изменение режима подачи сенсорных стимулов в момент предъявления негативных стимулов также снижает в дальнейшем выраженность негативных психоэмоциональных реакций.

«Если вам не нравится ваше поведение, то довольно бесплодная задача бороться с ним, атакуя его доминанты «в лоб». В результате будет, вернее всего, только усиление укрепившейся доминанты. Это потому, что за ней есть укрепившиеся физиологические основания, своя история и инерция. Целесообразней искать условия для возникновения новой доминанты – не пойдет ли она рядом с первой. Если пойдет, то первая сама собой будет тормозиться, и, может быть, сойдет на нет». А.А.Ухтомский. О временно-пространственном комплексе, или хронотопе. В сб. «Доминанта» // СПб, Питер, 2002. 448 с.

Формирование новых ассоциативных связей в данном контексте осуществляется путем активации энграмм проблемной ситуации, связанных с изменением режима подачи сенсорных стимулов и дальнейшего формирования ассоциативных связей с энграммами ресурса. Данное положение можно объяснить с позиции теории ассоциативного *обучения по Хеббу*, при котором одновременная активация клеток приводит к выраженному увеличению синаптической силы между этими клетками. Фактически во время проведения сеанса изменение режима подачи сенсорных стимулов одномоментно активирует энграммы, связанные как с проблемной ситуацией, так и позволяющие осуществлять адаптивное поведение. Это способствует

формированию новых нейронных связей между ними и активации ресурсных и конструктивных путей совладания при воздействии негативных психоэмоциональных стимулов, что приводит к оптимизации психоэмоционального реагирования.

Возможность формирования новых нейронных связей между различными стимулируемыми структурами головного мозга активность которых совпадает по времени была показана в работах Смирнова В.М. и Бородкина Ю.С. (1979) при разработке методики формирования артифициальных стабильных функциональных связей (АСФС). Так, в опытах на животных было выявлено, что, если проводить синхронную стимуляцию различных корковых структур областей электрическим током, то можно было получать ранее не свойственную ответную реакцию, например, получать двигательный ответ при стимуляции зрительной коры. Данные исследования показывают возможность формирования новых нейронных связей при синхронной стимуляции. В дальнейшем применялись различные сочетания сенсорных стимулов с достижением аналогичного эффекта. Развитие данной технологии позволяло формировать различные состояния при комбинированном использовании сенсорных стимулов и фармакологических препаратов с возможностью их воспроизведения в ответ лишь на стимуляцию сенсорными стимулами.

1.5. Элементы психосемантической коррекции, которая изучает взаимное влияние мотивационных факторов и эмоциональных состояний на систему значений субъекта и возможности реконструкции индивидуальных систем значений субъекта.

Объектом психологии часто становятся психические феномены, имеющие сильную аффективную составляющую и крайне низкий уровень осознания. Непосредственно влияя на поведение субъекта, эмоциональный компонент зачастую как скрыт от глаз наблюдателя, так и не всегда достаточно отчетливо осознается самим субъектом, и по этой причине не включается в исследовательские модели. Одним из важных компонентов в процессе работы является вербализация ментального пространства психологической проблемы, т.е. процесс трансформации бессознательного компонента психики, а также эмоционального, неоформленного содержания сознания, в словесно-логические формы.

В специальной психологической терминологии вербализация сознания означает в первую очередь точное словесное описание психотерапевтом того эмоционального состояния пациента, который он смог эмпатийно уловить. В данном случае

используется техника активного слушания с фиксацией и повторением, дословным воспроизведением только что сказанного клиентом, цитированием. Это позволяет **перевести бессознательные процессы на уровень сознания, что** даёт возможность исследовать их, установить причинно-следственные связи, трансформировать и интегрировать в опыт.

Реконструкция субъективных семантических пространств дает возможность корректировать проявление сознательно невоспринимаемых эмоционально значимых триггеров и реакций на них, что позволяет в определенной мере решать проблемы коррекции глубинных структур психики человека, отвечающих за регуляцию его поведения.

1.6. Механизмы реконсолидации энграмм памяти. Энграмма – гипотетический след памяти в виде статического отображения произошедшего события и соответствующей модели действий. Предполагается, что стимулы или раздражители оставляют чёткие следы (энграммы) в памяти. Когда действие раздражителя регулярно повторяется, это создает привычку, которая остаётся после прекращения действия раздражителя. По иерархическим уровням сложности различают первичные энграммы, ассоциации энграмм (две взаимосвязанные энграммы) и ассоциативные сети энграмм.

Реконсолидация памяти – это конструктивный процесс, позволяющий реорганизовывать и модифицировать ранее сформированную память. Для осуществления этого процесса необходимо соблюдение следующей последовательности событий:

1. Повторная активация. Память должна быть доступна и повторно активирована.
2. Выявление возможности адаптивного опыта/контекста реагирования. Пока память реактивируется, необходимо создать ресурсную ментальную модель, позволяющую возможность конструктивного поведения при активации негативного воспоминания.
3. Создание нового опыта, обучение. В течение следующих пяти часов необходимо предоставить дополнительные переживания, которые устранят или пересмотрят связанную ментальную модель.

В результате воспоминания «перерабатываются» и появляется возможность отпустить прошлое и двигаться дальше. Память перестаёт управлять настоящим.

1.7. Принципы осознаваемое и неосознаваемое восприятия

У человека в определенных состояниях могут возникать так называемые **безотчетные эмоции**, когда он не в состоянии понять, почему у него изменилось настроение. Это эмоции, при которых сущность психического состояния исчерпывается неясными переживаниями приятного или неприятного. В головном мозге человека существует чувствительный механизм, реагирующий на физически очень слабые, но психологически значимые стимулы для личности, в частности, словесные. Функционально-структурная организация этого механизма не обеспечивает осознание эмоционально значимого слова, но его активация может приводить к целому ряду биоэлектрических и вегетативных реакций, а также к изменению некоторых психических функций.

В 1977 г. Э. А. Костандовым была предложена физиологически обоснованная гипотеза о том, что центральная нервная система человека при определенных условиях в состоянии осуществлять семантическое дифференцирование на неосознаваемом уровне, т.е. различать слова, которые не осознаются. Это происходит на основе эмоциональной памяти без оживления в сознании словесных символов в случаях, когда повышен порог осознания эмоционального слова.

Феномен неосознаваемого восприятия проявляется при воздействии слабого сенсорного раздражения, которое может вызвать возбуждение корковых клеток, но если оно длится относительно непродолжительное время, то стимул не будет осознан. Также известно, что если применять два стимула разной интенсивности с небольшим временным интервалом между ними, то более мощный второй стимул оказывает угнетающее воздействие на процесс коркового возбуждения, вызванного первым стимулом, т.е. он как бы прерывает его, вследствие чего не происходит осознания этого первого сенсорного раздражения.

Воспроизведение эмоционального состояния или реакции в ответ на действие значимых слов, как осознаваемых, так и неосознаваемых, осуществляется и регулируется нервными импульсами из структур новой коры, воспринимающими и перерабатывающими словесную информацию из внешнего мира.

Порог активации структур лимбической системы в случаях длительных и/или сильных эмоциональных переживаний может значительно и надолго понижаться. В этих случаях словесные раздражители, сигнализирующие о конфликтной ситуации,

например, при их весьма кратковременном действии или при маскировке другими раздражениями, могут вызвать возбуждение временных связей между воспринимающими речевыми зонами и структурами лимбической системы без активации связей с моторной речевой областью. Таким образом, у человека реакции, связанные с отрицательными эмоциями, в определенных случаях могут воспроизводиться на основе лишь условно-рефлекторной эмоциональной (имплицитной) памяти, без участия свойственной человеку словесно-логической памяти.

Возникающие при этом изменения настроения, а также различные вегетативные (кожно-гальваническая реакция, дыхательная, сосудистая, сердечная) и биоэлектрические (активация коры головного мозга) реакции рассматриваются как эффект неосознаваемого эмоционального слова, обусловленный оживлением следов эмоциональной памяти.

Еще одна форма бессознательного — это **когнитивная установка**. Установка определяет готовность субъекта к восприятию конкретного объекта, придает процессам сознательной психической деятельности целенаправленность и упорядоченность (Узнадзе Э.Г.).

Формирование установки, т. е. внутреннего состояния («схема», «модель», «гипотеза», т. е. «знания» о действующих в данной ситуации раздражителях) и реализация ее влияний происходят на неосознаваемом уровне, т. е. без участия сознания. Это доказывается тем, что установку можно выработать в гипнозе, когда испытуемый полностью не осознает стимулы, на основе которых формируется установка.

Установка делает сознание в той или иной степени консервативным, тем самым существенно облегчая психическую деятельность в условиях, когда ситуация, при которой она сформировалась, не изменилась. Когда же начинают действовать новые стимулы, меняется ситуация, то инертная установка может затруднять психическую деятельность, оказывать негативное влияние.

1.8. Поведенческий акт с точки зрения функциональной системы П.К.Анохина

При формировании списка триггеров удобно подходить к вербализации психологической проблемы с точки зрения функциональной системы по П.К.Анохину.

Осуществляемый поведенческий акт последовательно, от стадии к стадии, развертывается на структурах ЦНС (рис. 1). В естественных условиях нормальной жизнедеятельности поведенческие акты формируются довольно быстро, в пределах нескольких миллисекунд. Системная архитектоника поведенческого акта существенно отличается от центральной архитектоники рефлекторной дуги наличием стадий афферентного синтеза, принятия решения, акцептора результата действия, результата и постоянной оценки результата с помощью обратной афферентации.

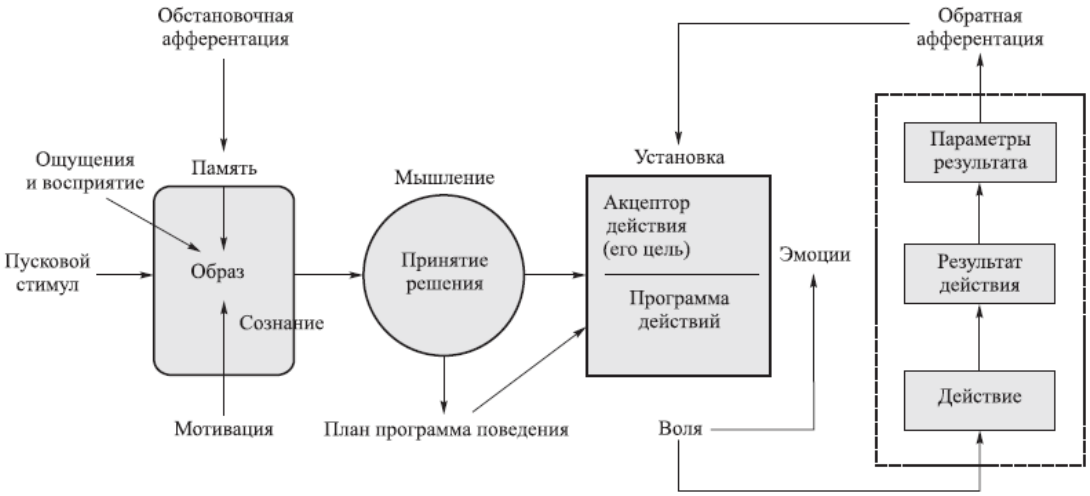


Рис. 1. Системная организация целенаправленного поведенческого акта (функциональная система по П.К. Анохину).

Фазы поведенческого акта

1.8.1. АФФЕРЕНТНЫЙ СИНТЕЗ - это инициирующая стадия динамического перебора информации, своего рода «стадия сомнений». На этой стадии поведение может быть определено либо для удовлетворения доминирующей внутренней потребности, либо действием внешних, в том числе пусковых, факторов, или механизмами памяти.

Эта стадия состоит их следующих компонентов:

1.8.1.1. ДОМИНИРУЮЩАЯ МОТИВАЦИЯ - биологическая (голод, страх, жажда, половое возбуждение и т.п.) и/или социальная мотивация, которая предопределяет реализацию поведения на основе прошлого опыта.

1.8.1.2. ОБСТАНОВОЧНАЯ АФФЕРЕНТАЦИЯ - социальная обстановка и факторы внешней среды, влияющие на многочисленные экстерорецепторы (зрительные,

слуховые, температурные и др.). При этом социальная обстановка является определяющим фактором для реализации целеполагания.

1.8.1.3. ПАМЯТЬ – память о событиях при определенных условиях может самостоятельно сформировать поведенческий акт или существенно изменить его, что приводит к формированию динамического стереотипа. И это имеет адаптивный смысл - любой динамический стереотип связан с наименьшим риском деятельности, с меньшими затратами энергии.

1.8.1.4. ПРЕДПУСКОВАЯ ИНТЕГРАЦИЯ - соотношение доминирующей мотивации, обстановочной афферентации и памяти, которые в определенных условиях способны сформировать целенаправленный поведенческий акт. Взаимодействие мотивации, обстановочной афферентации и памяти постоянно создает так называемую предпусковую интеграцию.

1.8.1.5. ПУСКОВОЙ СТИМУЛ - инициализирующий компонент стадии афферентного синтеза (условный раздражитель). Он запускает механизм проявления паттерна поведения (адаптивного или дезадаптивного) на основе его комплементарности мотивационного или обстановочного воздействия, а также механизмов памяти. В качестве пусковых стимулов выступают разнообразные условные раздражители и фактор времени.

Стадия афферентного синтеза завершается императивной стадией принятия решения.

1.8.2. ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ - на этой стадии вырабатывается доминирующая линия поведения. При этом организм освобождается от возможных степеней свободы и направляет свою деятельность на удовлетворение ведущей потребности, обусловленной влияниями либо внутренней, либо внешней и социальной среды.

1.8.3. АКЦЕПТОР РЕЗУЛЬТАТА ДЕЙСТВИЯ – представляет собой предвидение итога поведенческого акта на основе предшествующего опыта в результате действия на организм факторов, удовлетворяющих его ведущие биологические и социальные потребности. Благодаря наличию акцептора результата действия живые существа

предвидят результат шаблонного поведения. Формирование акцептора результата действия отражает процесс постановки цели к действию, высшую мотивацию в широком смысле слова.

Рассогласование между ожидаемыми свойствами подкрепления, запрограммированными в акцепторе результата действия, и реальными его свойствами может видоизменять поведенческий акт и делает сознание доступным для восприятия новой информации. Например, если в момент рукопожатия совершить непривычное действие - изменить привычную жестикуляцию - схватить руку двумя руками, резко встряхнув, и, глядя ему в глаза, сказать: "Я тоже искренне рад тебя видеть" – то сознание человека окажется доступным для манипуляции. Нередко такой прием «разрыва шаблона» используется для закладывания в это мгновение собеседнику нужной информации, подталкивания к нужному действию. Еще один пример - рефрейминг на основе игры слов с подменой понятий также можно использовать для разрыва шаблонного мышления.

1.8.4. ЭФФЕРЕНТНЫЙ СИНТЕЗ - процессы центральной трансформации возбуждений, организованных на стадии афферентного синтеза и принятия решения в сложное исполнительное действие, еще недостаточно изучены. Эфферентный синтез объединяет структуры ЦНС, участвующие в формировании двигательных, вегетативных и эндокринных компонентов исполнительных поведенческих актов. Эти процессы за счет внутрицентральных обратных афферентаций постоянно идут под контролем аппарата акцептора результата действия и завершаются исполнительным актом - действием.

1.8.5. ДЕЙСТВИЕ - поведенческое действие всегда направлено на достижение результата. Соотношение двигательных, вегетативных и эндокринных компонентов поведенческого акта у всех индивидов различно. Оно отражает степень эмоционального напряжения при достижении результата. При этом одни индивиды достигают необходимых биологических и социально значимых результатов без напряжения, другие - с большими психоэмоциональными усилиями, эндокринными и вегетативными дисфункциями, нередко ведущими к заболеваниям.

1.8.6. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЙСТВИЯ при завершении поведенческих актов завершается различными вариантами:

1.8.6.1. Достижение результата. В этом случае результат соответствует ожиданиям, что приводит к формированию положительной эмоции удовлетворения исходной потребности. При этом поведенческий акт соответствующей направленности заканчивается.

1.8.6.2. Ошибки в достижении результата. При несоответствии ожидаемым параметрам результата возникает ориентировочно-исследовательская реакция. На ее основе перестраивается афферентный синтез, принимается новое (обходное) решение, строится соответствующий скорректированный акцептор результата действия, и новое действие направляется к достижению результата.

1.8.6.3. Затруднения в достижении результата. В случаях, когда достижение результата затруднено внешними обстоятельствами биологического или социального характера, обратная афферентация от отсутствия результата или от параметров неадекватных ожидаемому результатов приводит к формированию отрицательной эмоции. Отрицательная эмоция в свою очередь является сильным активирующим фактором поведения, стимулирует организм на преодоление препятствий.

1.8.6.4. Невозможность достижения результата. Конфликтная ситуация. В случаях длительного недостижения или совершенно невозможного достижения результата при наличии у субъектов сильно значимой биологической или социальной потребности возникает конфликтная ситуация. При этом усиливается отрицательная эмоция вплоть до эмоционального стресса. Эмоциональный стресс в свою очередь у предрасположенных субъектов может вести к различным дисфункциям - артериальной гипертензии, нарушениям деятельности сердца, иммунодефицитам, язвенным поражениям желудочно-кишечного тракта и др.

Таким образом, системная организация поведенческого акта строится на основе механизмов саморегуляции от потребности через постоянную оценку достигнутых результатов с помощью обратной афферентации – к достижению результата, т.е. к удовлетворению потребности.

Табл. 1. Соотношение психофизиологических характеристик стадий поведенческого акта и психологических диагностических и коррекционных мероприятий

Стадии поведенческого акта	Характеристики	Вербализация проблемы
1. АФФЕРЕНТНЫЙ СИНТЕЗ	динамический перебор информации в зависимости от преобладания: - доминирующей внутренней потребности, - внешних, в том числе пусковых, факторов, - механизмов памяти.	- формулировка запроса
1.1. ДОМИНИРУЮЩАЯ МОТИВАЦИЯ	биологическая и/или социальная мотивация, которая предопределяет реализацию поведения на основе прошлого опыта	- мотивация – что «заставляет» приходить к этому состоянию (варианты – потребность в реинтерпретации произошедшего события, есть ли вторичная выгода?),
1.2. ОБСТАНОВОЧНАЯ АФФЕРЕНТАЦИЯ	социальная обстановка и факторы внешней среды	- в каких условиях возникает проблема, обстановка, время и т.д.
1.3. ПАМЯТЬ	автоматизмы реагирования	- воспоминания (в т.ч. ассоциативные), - когда проблема возникла
1.4. ПРЕДПУСКОВАЯ ИНТЕГРАЦИЯ	соотношение доминирующей мотивации, обстановочной афферентации и памяти	- что «сбивает» контроль, - оценочные мысли о событии, субъективное отношение к проблеме
1.5. ПУСКОВОЙ СТИМУЛ	условные раздражители, фактор времени	- пусковые факторы (звуки, фразы,

		визуальная картинка, обстановка и т.п.), - как это связано со временем
2. ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ	формирование доминирующей линии поведения	- почему вы начали действовать именно так (например, нарушилось ваше положение в обществе, пострадало ЭГО, вы были истощены или ваше внимание было вовлечено в другой процесс и вы не смогли контролировать эмоции, возникли острые воспоминания о травмирующем событии)
3. АКЦЕПТОР РЕЗУЛЬТАТА ДЕЙСТВИЯ	предвидение результата шаблонного поведения отражает процесс постановки цели к действию, высшую мотивацию в широком смысле слова	– как вы узнаете, что «запускается» негативный сценарий - чего вы ожидаете в результате поведенческого акта
4. ЭФФЕРЕНТНЫЙ СИНТЕЗ	процессы центральной трансформации возбуждений, организованных на стадии афферентного синтеза и принятия решения в сложное исполнительное действие	Практически невозможно вербализовать
5. ДЕЙСТВИЕ	процесс достижения результата сопровождается различной степенью	- действия (стереотипные),

	эмоционального, физического напряжения	- последовательность действий (развития событий), - ваше восприятие себя (эмоции, чувства, ощущения в теле), окружающего (что вокруг меняется, пространство, время), окружающими (что о вас думают) в момент реализации поведенческого акта
6. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЙСТВИЯ	механизм саморегуляции от потребности через постоянную оценку достигнутых результатов с помощью обратной афферентации – к достижению результата, т.е. к удовлетворению потребности.	- достигаемый результат, - как вы убеждаетесь, что результат достигнут и соответствует сформированной функциональной системе реагирования. - какие эмоции вы испытываете
6.1. Достижение результата	положительная эмоция удовлетворения потребности, завершение действия	**- как вы справляетесь с проблемой**
6.2. Ошибки в достижении результата	перестраивается афферентный синтез, принимается новое (обходное) решение, строится соответствующий скорректированный акцептор результата действия, и новое действие направляется к достижению результата	**- что вы делали, какие были условия, ощущения, эмоции, когда вам удавалось реагировать надлежащим образом**

6.3. Затруднения в достижении результата	формирование отрицательной эмоции, которая стимулирует организм на преодоление препятствий	**- как вы контролируете свои действия, что помогает это делать**
6.4. Невозможность достижения результата	эмоциональный стресс, негативные установки, психосоматика	**- ваши негативные установки, мысленная «жвачка», - проявления в теле**

1.9. Оценка психоэмоционального реагирования по электро-кожному сопротивлению - по электрокожному сопротивлению возможно оценивать динамику процессов релаксации-активации и выраженности психоэмоционального реагирования на предъявляемые стимулы

Кожно-гальваническая реакция – изменение разности потенциалов и электрического сопротивления между двумя участками поверхности кожи. Чезаре Фере в 1889 г. – впервые установил, что при эмоциях изменяются электрические свойства кожи. Тарханов И. Р. в 1899 г. – установил связь между уровнем кожного потенциала и психофизиологическим состоянием человека. Так же он установил, что кожный потенциал изменяется как при эмоциональных и мыслительных процессах, так и в ответ на внешний сенсорный стимул (звук, свет и т.п.). В настоящее время для отображения динамики выраженности психоэмоционального реагирования выводятся два графика:

- тоническая реакция – это исходное значение сопротивления кожи в килоомах (кОм), которое позволяет оценивать уровень релаксации-активации в процессе консультирования, коррекции;

- фазическая реакция – функция, полученная в результате математического преобразования из исходных данных. Позволяет отслеживать изменения в ответ на эмоционально-значимые стимулы относительно средней линии.

Часть 2

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДИКИ

2.1. Основные этапы проведения методики:

- в ходе консультирования осуществляется вербализация проблемы и навыков и ресурсов ее преодоления (формируется пул триггеров – слов/фраз): одни отражают психологические проблемы, вторые - выявляют имеющиеся ресурсы, что позволят реактивировать соответствующие энграммы

- индивидуальный подбор комфортных параметров сенсорной стимуляции (цветовые, звуковые, вибрационные стимулы)

- автоматизированное предъявление вербальных триггеров (негативных и конструктивных) на фоне сенсорной стимуляции по заданному алгоритму

- получение обратной связи о проведенном сеансе (описать свои ощущения)

- домашнее задание (фиксировать мысли и изменения в психофизическом состоянии)

Структура сессии в формате психотерапии/консультирования:

2.1 – формирование пула негативных и конструктивных вербальных триггеров в процессе беседы/консультирования – мысли, ощущения, чувства, эмоции, свое отношение (насколько это мешает и на что влияет), вторичная выгода, стереотипные действия, механизм принятия решения, достигаемый результат. Выявленные триггеры (слова, фразы) вводятся в компьютерную программу в соответствующие текстовые поля.

2.2 – вводная фаза сессии для снижения уровня активации - вовлечение в процесс подачи сенсорных стимулов при помощи специального устройства и компьютерной программы СИГВЕТ-МСПИ путем подбора и предъявления комфортных сенсорных стимулов – световых, звуковых, вибрационных.



2.3 – фаза подачи негативных триггеров, которые сочетаются с изменением режима подачи сенсорных стимулов для формирования временной функциональной связи между ними. При этом за счет снижения уровня активации и реактивации энграмм, связанных с психологической проблемой, начинают активироваться и другие связанные с ней воспоминания, что приводит к выявлению новых триггеров и, нередко, глубинных причин психологической проблемы.

2.4 – фаза замены негативных триггеров на конструктивные формирует временные функциональные связи между вербальными триггерами (способствующими активации соответствующих энграмм) и изменением режима подачи сенсорных стимулов. Изменение режима подачи сенсорных стимулов способствует одновременной реактивации негативных и конструктивных энграмм и дальнейшему установлению временных функциональных связей между этими энграммами через формирование триады связей «негативные триггеры - сенсорные стимулы – конструктивные триггеры». Если ранее воздействующий (осознаваемый и неосознаваемый) негативный триггер запускал цепь неконтролируемых психоэмоциональных реакций, то теперь это приводит к тому, что одновременно включаются и конструктивные, ресурсные энграммы, что позволяет контролировать ситуацию.

2.5 – при получении обратной связи производится опрос - что запомнилось, на чем фиксировалось внимание в процессе сеанса, что позволяет вносить коррективы в подаваемые триггеры на следующей встрече.

2.6 – домашнее задание - фиксировать (записывать) мысли, связанные с решаемой проблемой, для дальнейшей работы со специалистом.

В итоге при воздействии пусковых негативных триггеров человек перестает реагировать на стрессорные факторы стереотипно и начинает контролировать ситуацию за счет формирования новых навыков и автоматизмов, основанных на конструктивных, ресурсных энграммах (рис. 2).

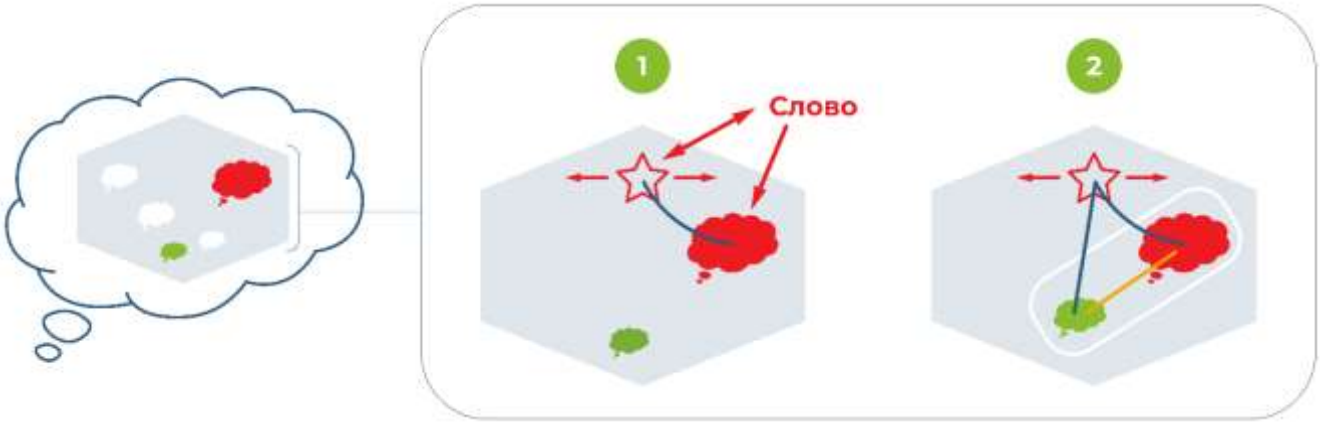


Рис. 2. Схема формирования функциональных временных связей

Нередко задается вопрос: – а может ли сформироваться обратная реакция – конструктивные (позитивные) мысли будут провоцировать развитие негативных психоэмоциональных реакций, в ответ на эти мысли будут возникать отрицательные ассоциации?

По этому поводу психофизиологические исследования показывают, что при **отсутствии** психопатологических, психиатрических расстройств (коррекция которых лежит за пределами области применения данной методики) такая связь не может быть сформирована, т.к. обязательным условием выработки нового навыка (условного рефлекса) является награда (удовлетворение потребности). Нормальная потребность – избавиться от психологической проблемы, быть здоровым, что ассоциируется с возникновением положительных эмоций.

2.2. Оценка динамики психоэмоционального состояния в процессе консультирования и коррекционного сеанса:

В процессе проведения сеанса ведется регистрация кожно-гальванической реакции (электрокожного сопротивления). При этом на экране монитора отображаются два графика – тоническая и фазическая реакция КГР.

Динамика уровня электрокожного сопротивления (тоническая реакция) применяется в качестве показателя функционального состояния центральной нервной системы: в расслабленном состоянии (например, во сне) сопротивление кожи повышается, а при высоком уровне активации понижается. Фазические показатели реагируют на эмоциональные факторы - напряжение, тревогу, усиление мыслительной деятельности. Соответственно, динамика данных показателей отражает уровень выраженности психоэмоционального реагирования на триггеры.

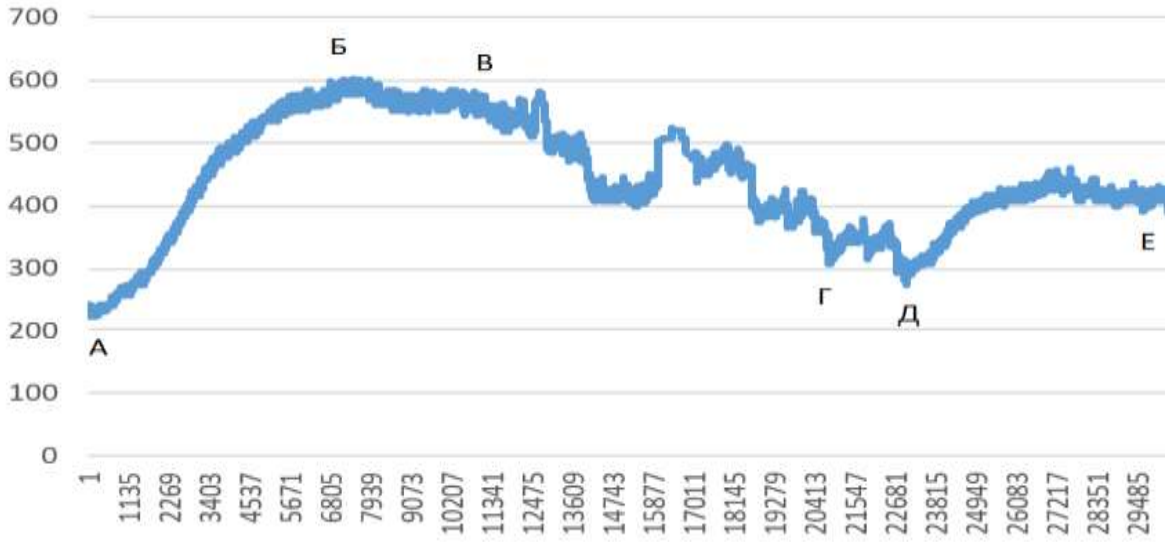


Рис. 3. Запись динамики ЭКС в процессе коррекционного сеанса.

Пример регистрации динамики электрокожного сопротивления в процессе коррекционного сеанса:

- достижение состояния релаксации (интервал АБ),
- последующая стабилизация (интервал БВ).
- предъявление слов-триггеров, связанных с проблемной ситуацией с фазическими реакциями на предъявляемые стимулы и активацией по тонической реакции (интервал ВГ).
- адаптация к предъявлению негативных стимулов со стабилизацией тонической реакции (интервал ГД)
- предъявление конструктивного пула слов (интервал ДЕ) для расширения семантического поля проблемной ситуации.

2.3. Методики оценки эффективности:

- динамика электрокожного сопротивления (кожно-гальванической реакции)

- регистрация вызванных потенциалов ЭЭГ на эмоционально значимые слова (короткие фразы), предъявляемых в неосознаваемом режиме, при этом критерием снижения выраженности психоэмоционального реагирования на эмоционально значимые стимулы будут являться уменьшение латентного периода и амплитуды р300.

- субъективная выраженность симптомов в баллах (от 1 до 10)

- эмоциональный тест Струпа

- опросники (выбираются в зависимости от оцениваемых состояний и качеств:

- Шкала позитивного и негативного аффекта PANAS (Осин Е.Н. Измерение позитивных и негативных эмоций: разработка русскоязычного аналога методики PANAS//Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2012. Т. 9, №4. С. 91-110);
- Оценка наличия посттравматического стрессогенного расстройства. Шкала оценки влияния травматического события М. Горовица - Д.Бейс (IES-R). ШКАЛЫ: Вторжение, Избегание, Физиол. возбудимость, Интегральная ПТСР, 22 вопроса, 5-9 мин;
- Оценка ситуативной тревоги по Ч. Спилбергеру в адаптации Ю. Ханина. Шкалы: Ситуативная тревожность, 20 вопросов, 2,5-4 мин;
- Оценка стратегии преодолевающего поведения (coping) в стрессовых ситуациях. Методика "Модели преодолевающего поведения" (опросник SACS С. Хобфолла в адаптации Н. Водопьяновой). (ШКАЛЫ: Ассертивные действия, Вступление в социальный контакт, Поиск социальной поддержки, Манипулятивные действия, Осторожные действия, Импульсивные действия, Избегающие действия, Асоциальные действия, Агрессивные действия, Просоциальность, Активность), 54 вопроса, 10-15 мин;
- Оценка фрустрационных реакций (модификация теста С. Розенцвейга). "Закрытый" вариант (ШКАЛЫ: Экстрапунитивность, Интропунитивность, Импунитивность, Самозащита, Конструктивность, Конформность), 24 вопроса, 10-12 минут;
- Оценка нервно-психического напряжения (стресса). Шкала психологического стресса PSM-25. ШКАЛЫ: стресс, 25 вопросов, 6-10 мин;
- Оценка степени выраженности депрессивных состояний. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга в адаптации Т. Балашовой. ШКАЛЫ: Депрессия, 20 вопросов, 4-6 мин;

- Биографический опросник по изучению нарушений поведения (Бетшер, Янгер, Лишер). Адаптация В. Чикер, редакция К. Сугоняева. ШКАЛЫ: Неудовлетворенность семьей, Неуверенность в себе, Социальная фрустрация, Деф. стиль воспитания, Нейротизм, Социальная интроверсия, Психосоматическая предиспозиция, Экстраверсия, Атипичность ответов, 97 вопросов, 20-25 мин;
- Оценка выраженности синдрома "психологического выгорания". Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. Бойко. ШКАЛЫ: Напряжение, Резистенция, Истощение, Переживание психотравмирующих обстоятельств, Неудовлетворенность собой, "Загнанность в клетку", Тревога и депрессия, Неадекватное эмоциональное реагирование, Эмоционально-нравственная дезориентация, Расширение сферы экономии эмоций, Редукция профессиональных обязанностей, Эмоциональный дефицит, Эмоциональная отстраненность, Деперсонализация, Психосоматические нарушения, Эмоциональное выгорание, 84 вопроса, 15-20 мин;
- Методики оценки состояния Л.В. Куликова - Методика определения актуального психического состояния. ШКАЛЫ: Активация, Тонус, Физическое самочувствие, Спокойствие, Релаксация, 38 вопросов, 7-10 мин;

2.4. Показания, противопоказания и границы применения методики:

2.4.1. Показания:

- негативные установки
- стереотипные навязчивые мысли
- состояния, приводящие к тревоге, страху, депрессии
- панические атаки
- психотравма
- низкая самооценка
- психосоматические расстройства
- для повышения эффективности деятельности

Психологические трудности в пределах клинической нормы (консультирование):

1. Для тренировки конфликтной компетентности: трудные отношения с собой и другими – с родителями, детьми, руководителями и подчиненными.

2. Для улучшения адаптивных стратегий: волнение при собеседованиях и экзаменах, выступлениях на соревнованиях, приспособление к новой должности.

3. Для преодоления личностных кризисов, коррекции профессиональной деформации личности, симптомов выгорания.

В качестве развивающей практики (коучинг, тренинги):

- Низкая самооценка, состояние тревожности
- Повышение эффективности деятельности

2.4.2. Противопоказания:

Абсолютные:

- нежелание клиента и негативный настрой на работу;
- психотические расстройства с продуктивной симптоматикой;
- умственная отсталость и деменция любого генеза;
- постинфарктные и постинсультные состояния;
- неврологические расстройства, сопровождающиеся мигренью, головокружением, судорогами, конвульсией, снижением внимания и концентрации, нистагмом; контузии;
- нарушения в работе сердечно-сосудистой системы (нарушения регуляции артериального давления, нарушения сердечного ритма, ишемическая болезнь сердца);
- психосоматические заболевания в стадии обострения, требующие немедленной медикаментозной коррекции;
- патология течения беременности;
- ситуации, требующие других видов помощи (социальной, юридической и др.) по жизненным показаниям;
- отсутствие у клиента мотивации;
- прием алкоголя и психоактивных веществ, наркотическая зависимость;
- возрастные ограничения 14+;
- индивидуальная непереносимость.

2.4.3. Границы применения методики:

Использование методики наиболее эффективно в тех случаях, когда человек, имеющий психологическую проблему, обладает стратегиями по ее преодолению или они могут быть составлены совместно с психологом. Задачей применения методики является обеспечение быстрого доступа к адаптивным стратегиями поведения в момент возникновения негативного психоэмоционального состояния. Методика автоматизированной психокоррекции применяется, если у клиента имеется четко очерченная психологическая проблема, требующая однозначного решения. Ситуация выбора, принятия неоднозначного решения не является точкой приложения данной методики.

Эффективность методики заметно снижается, если клиент принимает транквилизаторы, антидепрессанты, алкоголь, другие психотропные средства в связи с тем, что в этом случае ухудшается образование временных функциональных связей. Тоже наблюдается при выраженной астенизации, выраженном дисбалансе процессов возбуждения-торможения, высокой личностной тревожности.

2.5. Алгоритмы практического применения

Работа начинается с беседы в формате консультирования, во время которой производится вербализация проблемы и формируется список триггеров в окне программы. В дальнейшем производится подбор комфортных параметров сенсорной стимуляции (цвет, яркость, звуковой фон, вибрация) и запуск программы для автоматизированной психокоррекции.

8.1. ВЕРБАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ.

Во время этой фазы (проводимой в виде беседы) выявляются негативные и конструктивные (ресурсные) вербальные триггеры (автоматические мысли), участвующие в формировании патологической функциональной системы (происходит фиксация полученной информации в компьютерной программе).

8.1.1. Схема составления вербальных триггеров негативной части:

- формулировка запроса,
- в каких условиях возникает проблема, обстановка,
- пусковые факторы,
- возникающие эмоции, чувства, ощущения в теле,
- воспоминания (в т.ч. ассоциативные),
- оценочные мысли о событии, субъективное отношение к проблеме, образ себя,
- мотивация – что «заставляет» приходить к этому состоянию (варианты – потребность в реинтерпретации, есть ли вторичная выгода?),
- действия (стереотипные),
- процесс принятия решения – как вы узнаете, что «запускается» негативный сценарий,
- последовательность действий (развития событий),
- достигаемый результат,
- как вы убеждаетесь, что результат достигнут и соответствует сформированной функциональной системе реагирования.

8.1.2. Схема составления вербальных триггеров ресурсной части:

- формулировка запроса – цель выхода из ситуации,

- обстановка, способствующая разрешению проблемы,
- возникающие эмоции, чувства, ощущения в теле при продуктивном разрешении ситуации;
- ресурсные, положительные воспоминания (в т.ч. ассоциативные),
- образ себя, решившего проблему,
- мотивация – что является источником «энергии» для преодоления трудностей,
- какие действия, условия помогают решить проблему,
- процесс принятия решения – как вы решаете, что «включился» ресурсный сценарий или произошло переключение на него,
- последовательность действий (развития позитивных событий),
- достигаемый результат,
- как вы убеждаетесь, что результат достигнут и соответствует вашим новым ожиданиям.

При составлении списка вербальных триггеров следует обратить внимание на эмоционально значимые слова/фразы, причем фиксировать их необходимо дословно – так, как они произносятся клиентом без стилистической обработки. Вместе с тем, не следует использовать арсенал психотерапевтических подходов, вскрывающих суть проблемы и пробуждающих подробные воспоминания значимых событий, т.к. возможно усиление психотравмирующей симптоматики. Не противодействуйте механизмам психологической защиты.

Наибольший эффект проявляется при эмоциональной вовлеченности - проблема должна быть эмоционально значима в данный конкретный момент времени, что достигается либо адекватным запросом клиента, либо искусственной провокацией со стороны специалиста, например, путем выяснения вторичной выгоды от текущей ситуации.

При беседе необходимо задавать такие вопросы, отвечая на которые пациент сможет понять значение своих негативных убеждений и осознать дальнейшие их эмоциональные и поведенческие последствия, а после этого самостоятельно принять решение поддерживаться ли ему их дальше или модифицировать. При этом не следует убеждать человека принять «правильную» точку зрения, прислушаться к «мудрым» советам, и находить «единственно верное» решение проблемы. Необходимо позволить самостоятельно сделать умозаключения.

ТИПОВОЙ ПРОТОКОЛ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЛА ВЕРБАЛЬНЫХ ТРИГГЕРОВ НА ПРИМЕРЕ ЗАПРОСА «ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ»

1. СФОРМУЛИРУЙТЕ ПРОБЛЕМНУЮ СИТУАЦИЮ (панические атаки)

2. ОПИШИТЕ ВАШИ:

- ощущения (боль, удушье…)
- чувства (жалко себя, не нравится отражение в зеркале, грызло изнутри…)
- визуальные образы (вспышки, потемнело в глазах)
- окружающие или ощущаемые звуки (звон в ушах, крик…)
- мысли (скорая не успеет, зачем мне все это, пренебрежение от врачей…)
- обстановку, в которой возникает проблема (ситуация, время) – метро, соревнования, каждый раз в 5 утра…
- окружающие люди, произнесенные ими слова (прекрасная мадам, обвинила…)
- в чем вторичная выгода (цель поведения, ожидаемый результат, мотивация) – хочу, чтобы обо мне заботились
- принятие решения – я привыкла что это происходит всегда
- оценка результата действия – достигнутые эмоции, ощущения, внешние проявления

3. ВАШЕ ОТНОШЕНИЕ К КАЖДОЙ ПОЗИЦИИ (насколько вы привыкли с этим жить, в чем возможная выгода?)

4. СФОРМУЛИРУЙТЕ УСПЕШНЫЕ КЕЙСЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ (которые возможно были в прошлом или как бы вы хотели, чтобы было)

- что помогает справляться (условия, окружающие, мысли)
- какие при этом возникают ощущения, эмоции, мысли
- как это было раньше до возникновения проблемы
- возможно ли изменить это сейчас
- для чего вам это надо, что будет если проблема исчезнет

- как хотелось бы в будущем (новая цель поведенческого акта - акцептор результата действия, новые эмоции, ощущения, внешние проявления)

8.3. Фаза подбора сенсорной (билатеральной) стимуляции.

Производится подбор стимулов (цвет движущегося светового сигнала, световой фон, скорость смещения, интенсивность вибрации, звуковое сопровождение) по критерию субъективного комфорта.

Эта фаза проводится под контролем динамики ЭКС (движение зеленой линии на графике вниз с увеличением сопротивления, как правило, в 1,5-2 раза) до момента достижения состояния релаксации и обычно составляет от 3 до 9 минут. На первых сеансах эффект релаксации бывает не выражен, в таком случае переход к следующей фазе осуществляется автоматически через 5 минут, независимо от достижения состояния расслабления.

8.4. Основная фаза – предъявление пула негативных триггеров.

Производится запуск подачи негативных триггеров на экране монитора. При этом в момент предъявления триггеров будет меняться скорость билатеральной стимуляции.

Первоначально, в момент предъявления триггеров отмечаются фазические реакции на графике ЭКС (отклонения красной линии вверх на графике). Со временем этот эффект нивелируется, остаются фазические реакции на наиболее значимые триггеры. Во время сеанса у клиента могут возникать ассоциации, воспоминания, что следует обсудить после завершения процедуры, т.к. это способствует осознанию проблемы.

При выраженной психоэмоциональной активации (вегетативные, двигательные проявления, снижение сопротивления кожи, частые фазические реакции на графике ЭКС) необходимо осуществить переход к «завершающей фазе» вручную для предотвращения обострения психоэмоциональных проявлений.

Дополнительно можно рекомендовать осуществлять периодические сжатия вибростимуляторов в такт смещения сенсорных стимулов, что будет смещать фокус вегетативных реакций на физические действия. Этот прием бывает полезен при апатии, депрессивном состоянии, выгорании.

8.5. Завершающая фаза – подача пула конструктивных триггеров.

Производится запуск подачи конструктивных триггеров на экране монитора. При этом постепенно в автоматическом режиме будут меняться параметры билатеральной

стимуляции (интенсивность, скорость) и цвет предъявляемых слов на экране монитора.

Данная фаза длится 10-15 минут и завершается автоматически.

8.6. Обратная связь. По завершении сеанса, как правило, человек сообщает свои переживания, ощущения. Зачастую у него возникают ассоциативные воспоминания, о которых он сообщает. Их необходимо зафиксировать и учесть при составлении списка триггерных фраз в следующую встречу.

Проводится оценка самочувствия (по усмотрению специалиста) – шкалы, бланки, беседа. При необходимости может быть проведена оценка в баллах выраженности субъективных переживаний по отношению к проблеме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В методике используются следующие психотерапевтические и физиологические подходы (модальности психотерапии):

- КПТ (когнитивно-поведенческая терапия) - подбор вербальных триггеров путем вербализации сознания в части содержания психологической проблемы

- Специфическая десенситизация – снижение чувствительности к агонисту, релаксация и отвлечение путем подачи комфортных циклических сенсорных стимулов и предъявление на этом фоне негативных триггеров

- ДПДГ (десенсибилизация и переработка движением глаз) – билатеральная стимуляция в данном случае проводится непрерывно циклически для отвлечения внимания от проблемы и формирования состояния релаксации

- Формирование нейронных связей (функциональных временных ассоциативных связей) между негативными и конструктивными (ресурсными) триггерами и соответствующих им энграмм памяти (связанных с психологической проблемой и путями ее решения) и специальным образом предъявляемыми сенсорными стимулами

- Внешнее торможение – воздействие отвлекающими факторами в момент активации энграмм, связанных с проблемой

- Прием предъявления стимулов в неосознаваемом режиме – на фоне предъявления сенсорных стимулов происходит вовлечение внимания в слежение за ними, что отвлекает от восприятия вербальных триггеров

Комплексное использование этих подходов интегрирует элементы используемых психокоррекционных методов и физиологических принципов формирования функциональных временных связей для реконсолидации энграмм памяти. В процессе сеанса осуществляется проработка и вербализация проблемы, происходит установление ассоциативных связей между психосемантическими структурами психологических проблем (автоматическими мыслями и связанными с ними эмоциональными и поведенческими реакциями), дисфункциональными установками и конструктивными, ресурсными механизмами саморегуляции.

В результате реконструкции (реинтерпретации) семантического пространства (реконсолидации энграмм), за счет установления функциональных связей между энграммами, связанными с психологической проблемой и имеющимся опытом решения, происходит перевод в фокус сознания конструктивного копинг-поведения и

оптимизация психоэмоционального реагирования несмотря на воздействие психотравмирующих и провоцирующих факторов.

Во время сеансов на фоне сниженной активации коры головного мозга происходит активация энграмм, ассоциированных с психологической проблемой, что способствует возникновению воспоминаний, связанных с глубинными источниками проблемы.

При проведении процедуры производится отвлекающая сенсорная стимуляция (цветовая, звуковая и вибрационная). На фоне отвлекающей сенсорной стимуляции мозговая активность снижается, а предъявляемые вербальные стимулы начинают восприниматься без включения механизмов дезадаптивной психологической защиты и негативных автоматических паттернов. В итоге происходит освоение навыка адекватного реагирования на эмоционально значимые стимулы.

Приложение.

ПРИМЕРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Стрессовые реакции на контрольных работах, выражающиеся в ступоре, забывании выученного материала (школьник 14 лет).



СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПОЛЕ ПРОБЛЕМЫ	**РЕСУРС**
КОНТРОЛЬНАЯ	СПОКОЙНО
СТРЕСС	УВЕРЕННО
СТРАХ	ЛЕГКО
БОЯЗНЬ	ОБЫЧНЫЙ УРОК
ОТВРАЩЕНИЕ	УСПЕВАЮ

ПАНИКА	МНОГО ВРЕМЕНИ
ПОТЛИВОСТЬ	СПОКОЕН
НЕХВАТКА ВРЕМЕНИ	ЗНАЮ
МЕДЛЕННО	НРАВИТСЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ	ВСЕ РЕШИЛ

Было проведено 3 сеанса. Выраженность негативных психоэмоциональных реакций существенно снизилась. На контрольных школьник смог показывать реальный уровень своих знаний.

ПРИМЕР – СКОВАННОСТЬ В ФИНАЛЕ (БОЕЦ ММА)

СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПОЛЕ ПРОБЛЕМЫ	РЕСУРС
ЗАДУМАЛСЯ АПАТИЯ	ГОТОВ К БОЮ
ВДРУГ НЕ ХВАТИТ ВЫНОСЛИВОСТИ	РАЗОБРАЛИ ПОЕДИНКИ
ГОРЛО БОЛЕЛО	ЗАСТАИВАЕТСЯ БЕЖИТ КАК БЫЧОК ЕСТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ УДАРА
ПОДГОТОВКА НА БОЛЕЗНИ НЕ ХВАТИТ ФУНКЦИОНАЛА	РЕСУРСЫ ЕСТЬ И БЕЗ ФИЗО
ТЕПЛО ПОДНИМАЕТСЯ КАК ИГОЛКА	ВСЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА В МОЮ ПОЛЬЗУ
СОБИРАЮ УРОН ЗАКРЫВАЮСЬ И ПЕРЕСТАЮ НА СОПЕРНИКА СМОТРЕТЬ	КОГДА УЖЕ С НИМ ВСТРЕЧУСЬ ОХОТА НОКАУТИРОВАТЬ
УРОН СЖИМАЕТ И ФОКУС ПРОПАДАЕТ	МЕНЬШЕ СОБИРАЮ УРОНА ПОДХОДЯ С РАЗНЫХ УГЛОВ
ЗАЖИМАЮСЬ И ТРАЧУ ЭНЕРГИЮ	ПЕРЕСТАТЬ БОЯТЬСЯ УДАРОВ

СКОВАННОСТЬ	КОНТРОЛИРОВАТЬ ДИСТАНЦИЮ КАК КОШКА ЗА НИМ
ЛИШНИЕ ДВИЖЕНИЯ	БЫТЬ РАССЛАБЛЕННЫМ

ПРИМЕР – ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ

СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПОЛЕ ПРОБЛЕМЫ	РЕСУРС
МАШИНА СКОРОЙ ПОМОЩИ КОСТЮШКО	СТАЛО ЛУЧШЕ СТАЛИ КОРОТКИЕ
ВОСЕМЬ МЕСЯЦЕВ ОТ ЭПИЗОДА К ЭПИЗОДУ	ОДНОЙ КОМФОРТНО
СТРАШНО ЧТО УПАДУ	ОРГАНИЗМ МОЖЕТ ВЫДЕРЖАТЬ НАГРУЗКИ
КАК Я БУДУ ОДНА	ОТВЛЕЧЕНИЕ ХОЖУ ЗАБЫВАЮ
БЫЛО ТРЕВОЖНО ОТ КОВИДА	ВОСХИЩЕНИЕ ЭМОЦИИ
ЖИЗНЬ КРУТИЛАСЬ НЕ ПОНЯТЬ ЧТО ПРОИСХОДИТ ПАНИКА	ВЕРНУТЬ ЗАНЯТОЕ МЕСТО
ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ ОТ ВРАЧЕЙ	ПО ВСЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯМ НОРМА
НЕРВЫ ТРЕПЛЮ СЕБЕ И БЛИЗКИМ	НАСТРОЕНИЕ ВСЕГДА ХОРОШЕЕ
ПИЩИТ ЗНАЧИТ ФИКСИРУЕТ АНОМАЛИЮ	ОПОМНИЛАСЬ
КАЖДОЕ УТРО ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	КОГДА УЕЗЖАЮ ВСЕ ПРЕКРАСНО

ПРИМЕР – СТРАХ ПУБЛИЧНОГО ВЫСТУПЛЕНИЯ

СЕАНС 1

Во время диагностической фазы были выявлены негативные и конструктивные вербальные триггеры, участвующие в формировании патологической функциональной системы.

После вводной фазы – подбора комфортных параметров билатеральной стимуляции осуществляется предъявление пула негативных триггеров (основная фаза). Скорость и цвет предъявления билатеральной стимуляции изменяются автоматически. Во время проведения сеанса регистрируются изменения электрокожного сопротивления.

Пул предъявляемых негативных триггеров:

ПУБЛИЧНОЕ ВЫСТУПЛЕНИЕ СТРАХ ТРЕВОГА

ШКОЛА КОРОННАЯ ФРАЗА УЧИТЕЛЯ БОЛЬШЕ ТРОЙКИ НЕ ПОСТАВЛЮ

ЧЕТВЕРТАЯ ИЗ ТВОЕЙ СЕМЬИ СТАВЯТ ДВА САЖУСЬ НА МЕСТО

СТУПОР НА РОДИТЕЛЬСКОМ СОБРАНИИ ЗНАЮ ПАРАЛИЧ НЕ ПРОИЗНЕСТИ УШЛА

ОЦЕНКА ВОТ ЭТИХ СОЦИУМА СМОТРЯЩИХ ЗРИТЕЛИ НЕ МОГУ СФОРМУЛИРОВАТЬ МЫСЛЬ

ТОН ГОЛОСА ТРЕМОР ГОЛОСА ГОЛОС СЕЛ

ПЛАВАЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ НОГИ ВАТНЫЕ ПАМЯТЬ БЛОКИРУЕТСЯ СЕРДЦЕБИЕНИЕ

НЕ ОПРАВДАТЬ ОЖИДАНИЯ ВАУ

КОГДА ИДУ ЗНАНИЯ ЕСТЬ ВИЖУ ТЕКСТ НЕ ПОНИМАЮ НИ СЛОВА ЭТО НЕ СКАЗАЛА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ТЕРЯЕТСЯ

ТЕТЕНЬКА ТЫ ЧЕГО ВООБЩЕ ПРИШЛА ИДИ ПОЛЕЧИСЬ ПОТОМ ПРИХОДИ

После завершения основной фазы, программа заменяет негативные триггеры на конструктивные при постепенном изменении параметров билатеральной стимуляции – интенсивности и скорости (завершающая фаза). Цвет предъявляемых слов на экране монитора также изменяется. Пул конструктивных триггеров:

ПРЕКРАСНО ЗНАТЬ ТЕМУ

ЗАПАСНИКИ ПАМЯТИ БАГАЖ ПАМЯТИ

СПОКОЙНА ПЛАН О ЧЕМ ГОВОРИТЬ ЛУЧШЕ ЧЕМ ТЕКСТ

НАКАЛ МЕНЬШЕ ТРЕНИРОВКА ПРОИСХОДИТ

ТЕЛЕСНЫЕ ТЕХНИКИ СБРОСИТЬ НАПРЯЖЕНИЕ ПОДВИГАТЬСЯ

Я ВАС БОЮСЬ МНЕ СТРАШНО Я ВСЕ ЗАБЫЛА

МАЛЕНЬКИЙ КРУГ

ОТКЛЮЧИТЬСЯ СПАТЬ В БОДРОМ СОСТОЯНИИ

ПООЩРИТЬ СЕБЯ ЧЕМ-НИБУДЬ

ПОЛУЧАЮ УДОВОЛЬСТВИЕ ВЫШЕ РОСТОМ Я МОЛОДЕЦ

По завершении сеанса была получена обратная связь от испытуемой – описание переживаний, эмоций и некоторых значимых ассоциативных воспоминаний, которые были зафиксированы и явились точкой начала взаимодействия на следующем сеансе.

СЕАНС 2

Учитывая появление на предыдущем сеансе работы с «СИГВЕТ-MSPI» новых значимых триггеров, на данном сеансе был предъявлен скорректированный пул вербальных триггеров. На втором сеансе среди негативных вербальных триггеров уже появились психосемантические конструкции, которые относятся уже не «напрямую» к сформулированной изначально проблеме, а затрагивает некоторые личностно значимые ситуации из более раннего периода развития испытуемой (воспоминания из детства, которые, вероятно, послужили основой для формирования глубинного убеждения, ставшего причиной появления страха публичного выступления). Это будет более отчетливо видно и в последующих сеансах:

ПУБЛИЧНОЕ ВЫСТУПЛЕНИЕ ПРИКОВАННАЯ ЛИЦА БЕЗ ЭМОЦИЙ

А ЧТО БУДЕТ ЕСЛИ НЕ ТАК СКАЖУ МЕШАНИНА В ГОЛОВЕ КТО УСТАНАВЛИВАЕТ РАМКИ

МАША НЕ ПРЫГАЙ ПО БЕРЕГУ ВСЫПАЛИ ПО ПЕРВОЕ ЧИСЛО А ВОТ ТЕПЕРЬ ПРЫГАЙ

ПРОТЕСТ НА МУЖА НА МАШИНЕ

МАЛЕНЬКОЙ МАШЕ СТРАШНО КТО ВЫЙДЕТ НА СЦЕНУ КТО-ТО В ГОЛОВЕ БУБНИТ

СТУПОР НА РОДИТЕЛЬСКОМ СОБРАНИИ ЗНАЮ ПАРАЛИЧ НЕ ПРОИЗНЕСТИ УШЛА

ТОН ГОЛОСА ТРЕМОР ГОЛОСА ГОЛОС СЕЛ

ПЛАВАЮЩЕЕЙ СОСТОЯНИЕ НОГИ ВАТНЫЕ ПАМЯТЬ БЛОКИРУЕТСЯ СЕРДЦЕБИЕНИЕ

НЕ ОПРАВДАТЬ ОЖИДАНИЯ ВАУ

КОГДА ИДУ ЗНАНИЯ ЕСТЬ ВИЖУ ТЕКСТ НЕ ПОНИМАЮ НИ СЛОВА ЭТО НЕ СКАЗАЛА

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ТЕРЯЕТСЯ

РЕДКО ВЫРАЖАЮ СВОЕ МНЕНИЕ БУДУ ИЗБЕГАТЬ ДО ПОСЛЕДНЕГО А КАК НАДО ЖИТЬ

Набор конструктивных триггеров был также несколько видоизменен и предъявлен на завершающей фазе:

ПРЕКРАСНО ЗНАТЬ ТЕМУ КРУТИШЬСЯ САМА В РАМКАХ ТЕМЫ

ХОЧУ ПРЫГАТЬ КОГДА ХОЧУ Я В ДВИЖЕНИИ

Я ТАКАЯ ХАРИЗМАТИЧНАЯ

У ДОЧКИ ОТЧЕТНИК У МЕНЯ ЕСТЬ СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ ОТ ДУШИ

МОЖНО ВДВОЕМ С МАЛЕНЬКОЙ МАШЕЙ ЗАПАСНИКИ ПАМЯТИ БАГАЖ ПАМЯТИ

СПОКОЙНА ПЛАН О ЧЕМ ГОВОРИТЬ ЛУЧШЕ ЧЕМ ТЕКСТ

НАКАЛ МЕНЬШЕ ТРЕНИРОВКА ПРОИСХОДИТ

ТЕЛЕСНЫЕ ТЕХНИКИ СБРОСИТЬ НАПРЯЖЕНИЕ ПОДВИГАТЬСЯ

ОТКЛЮЧИТЬСЯ СПАТЬ В БОДРОМ СОСТОЯНИИ ПООЩРИТЬ СЕБЯ ЧЕМ НИБУДЬ

ПОЛУЧАЮ УДОВОЛЬСТВИЕ ВЫШЕ РОСТОМ Я МОЛОДЕЦ

На этапе получения обратной связи от испытуемой, было отмечено, что на фоне сеанса появились новые мысли:

ТРЕВОГА В ГРУДИ В НАЧАЛЕ

ПОДЕРГИВАНИЯ ТИКИ

ВАСЬКА СЛУШАЕТ ДА ЕСТ

МЫ НЕ С БЕЛЫМИ МЫ НЕ С КРАСНЫМИ НАШЕ ДЕЛО СТОРОНА

СЕАНС 3

Дополненный пул негативных триггеров, предъявляемый во время основной фазы:

КТО УСТАНАВЛИВАЕТ РАМКИ

МАША НЕ ПРЫГАЙ ПО БЕРЕГУ ВСЫПАЛИ ПО ПЕРВОЕ ЧИСЛО А ВОТ ТЕПЕРЬ ПРЫГАЙ МАЛЕНЬКОЙ МАШЕ СТРАШНО КТО ВЫЙДЕТ НА СЦЕНУ

ПЛАВАЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАМЯТЬ БЛОКИРУЕТСЯ СЕРДЦЕБИЕНИЕ

КОГДА ИДУ ЗНАНИЯ ЕСТЬ ВИЖУ ТЕКСТ НЕ ПОНИМАЮ НИ СЛОВА

ЭТО НЕ СКАЗАЛА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ТЕРЯЕТСЯ

СЕСТРИЦА СРЕДНЯЯ УМНИЦА КРАСАВИЦА В СЕМЬЕ НЕ БЕЗ УРОДОВ Я СТРАШНЕНЬКАЯ В ЗЕРКАЛЕ СЛОВА

КОГДА СПРОСЯТ ТОГДА СКАЖУ

ТЕЛЕСНОЕ СТРАХ ГОЛОВА ВТЯГИВАЕТСЯ В ПЛЕЧИ

В ТРИДЦАТЬ ЛЕТ ПАНЦИРЬ В ШЕЙНО ПЛЕЧЕВОЙ ВЦЕПИЛСЯ КТО ТО

ВСЮ ЖИЗНЬ ПОДСТРАИВАЮСЬ ПЫТКА

ЧЕГО Я ХОЧУ ДЛЯ МИРА

Дополненный набор конструктивных вербальных триггеров, предъявляемый во время завершающей фазы. Здесь уже можем видеть «успехи» испытуемой в работе по разрешению проблемы (всего после двух сеансов):

ОСМЕЛИЛАСЬ НА ГРУППЕ ВЗЯЛА ИНИЦИАТИВУ СКАЗАЛА КОГДА НЕ СПРАШИВАЛИ МНЕ ЭТО ПОНРАВИЛОСЬ

ЭНЕРГИИ ПОБОЛЬШЕ СТАЛО

СКИДЫВАЮ ПАНЦИРЬ УВЕРЕННОСТЬ В ПОМЫСЛАХ В МЕЧТАХ

Я НЕ НОЛИК В ЭТОМ МИРЕ Я ЦЕННОСТЬ В ЭТОМ МИРЕ Я ЖЕ ХОРОШЕНЬКАЯ

ВСЕ ЧТО МОГЛА ВЛОЖИЛА

СЛОВА ПРИХОДЯТ САМИ

ПРЕКРАСНО ЗНАТЬ ТЕМУ АНАЛОГИИ СМЕЖНЫЕ ЗНАНИЯ

ХОЧУ ПРЫГАТЬ КОГДА ХОЧУ Я В ДВИЖЕНИИ Я ТАКАЯ ХАРИЗМАТИЧНАЯ

У ДОЧКИ ОТЧЕТНИК У МЕНЯ ЕСТЬ СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ ОТ ДУШИ

МОЖНО ВДВОЕМ С МАЛЕНЬКОЙ МАШЕЙ ПОЛУЧАЮ УДОВОЛЬСТВИЕ

ВЫШЕ РОСТОМ Я МОЛОДЕЦ

ПУБЛИЧНОЕ ВЫСТУПЛЕНИЕ – можно отметить, что всего за два сеанса с «СЕГВЕТ-МСПИ» испытуемая перешла к выполнению ранее не мыслимой для нее задачи – реальному публичному выступлению.

Новые мысли, появившиеся во время сеанса:

СНАЧАЛА КАК КОМ ПОПЛАКАТЬ
СЕЛА ПО ДРУГОМУ
Я САМА СЕБЯ ВГОНЯЮ А НЕ МИР И В ЭТИХ РАМКАХ
ЗЕЛЕНЫЙ С КОГТЯМИ В ПЛЕЧИ (ДРАКОША ЧУДИК) ОТПУСКАЛ
НЕ ТОРОПИЛАСЬ ОТПУСКАТЬ
УМЕНЬШИЛСЯ СЕЛ ЗА КОМП
В КАРМАНЕ ПОНОСИТЬ
МОЖЕТ ПРИГОДИТСЯ
ТРАНСФОРМИРОВАЛСЯ В МОНЕТКУ
В ЦВЕТОЧЕК СЕМЕНА НЕ ГОДИТСЯ
В МОНЕТКУ ЗА ОКНО
ЗА СПИНОЙ КРЫЛЫШКИ ЦЫПЛЕНКА РАЗВОРАЧИВАЛИСЬ
СКРУЧИВАЛИСЬ - ПОКА И ЦЫПЛЕНКОМ
ЖАЛКО УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЖИТОЕ В СТРАХЕ

СЕАНС 4

Пул негативных триггеров (все больше «всплывает» триггеров, связанных с детско-родительскими отношениями испытуемой):

РУКИ ТРЯСЛИСЬ МИКРОФОН ВИДНО БЫЛО ЛИСТОЧКИ ПРОСЫПАЛИСЬ СТЫДОБА ЛИХОМАНКА ГЛУПЕНЬКАЯ ДУРОЧКА НИКОМУ НЕ НУЖНА КОМАНДЫ НЕ БЫЛО
ВДРУГ НЕ ТАК ТЕБЯ БЫ ИСПРАВИЛИ Я МАЛЕНЬКАЯ В ДОМИКЕ
Я НЕ ЗНАЮ ПРЯЧУСЬ ОТ ЖИЗНИ ПРОХОДИТ СТОРОНОЙ

ОТКРЫТКА С КИТАЙСКИМ ТЕКСТОМ СТРАХ ГЛАЗА ЗАСТИЛАЕТ

СТРАШИЛКА ПОВЛИЯЛА НА ЖИЗНЬ БЫЛО ПО ЖИЗНИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ОБИДНО НЕ ЖИЛА

А КАК НАДО ГДЕ МОЖНО НЕЛЬЗЯ БОЮСЬ НЕ СООТВЕТСТВОВАТЬ НА ПЬЕДЕСТАЛ СТАВЛЮ

ПАПА ОТЧИТЫВАЛ НОТАЦИИ СТОЯТЬ СМОТРЕТЬ И СЛУШАТЬ

УЛЕТАЛА ПОВТОРИТЬ НЕ МОГУ ВСЕ ПО НОВОЙ

ПАПА СПРАШИВАЕТ МЫСЛЕЙ В ГОЛОВЕ НЕТ

НЕ ПОВТОРЯЛ ДАЖЕ ЕСЛИ НЕ ПРАВ ХОТЕЛОСЬ ОДОБРЕНИЯ

КОЛОКОЛ В ПУСТОЙ ГОЛОВЕ РАСТЕРЯННОСТЬ

ЗНАЮ НЕ ЗНАЮ КОНТРОЛИРУЮ НЕ ЗНАЮ А В ГОЛОВЕ ЗНАЮ

ЗДРАВСТВУЙ ШКОЛА САДИСЬ ДВА

ЗАДВИГАЮ СВОЕ Я ПОДСТРАИВАЮСЬ ПОД ОКРУЖЕНИЕ ТЕРЯЮ ВНУТРЕННЕЕ Я ВО ВСЕХ А САМА ТО ГДЕ

Набор конструктивных триггеров:

ЗВУЧАЛО ПРИЯТНО ХОРОШО НА ТЕЛЕФОНЕ

ТРЕМОРА НЕ ВИДНО

С ЛЕГКОСТЬЮ ПОЖИТЬ ВНУТРЕННЯЯ СВОБОДА ЛЕГКОСТЬ НАСЛАЖДАТЬСЯ ЖИЗНЬЮ ЛЮДЬМИ РЕБЕНКОМ

ХОЧУ САМА СОБОЙ БЫТЬ НЕ СООТВЕТСТВОВАТЬ НИЧЬИМ ОЖИДАНИЯМ Я ХУДОЖНИК Я ТАК ВИЖУ

МНЕ МОЖНО ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

ЗНАЮ ЧТО СКАЗАТЬ

ВКЛЮЧИЛА ПЕРЕСМОТРЕЛА ЧЕТКО УВЕРЕННО ПРИЯТНО СЛУШАТЬ ЗДОРОВО

Я МОГУ ХОДИТЬ СТОЯТЬ ТАНЦЕВАТЬ

ОДОБРЕНИЕ ПАПА ГОРДИЛСЯ ХОДИЛА НА НАГРАЖДЕНИЯ ИДИ САМА ПО ЖИЗНИ МОЖЕШЬ

ОКРУЖЕНИЕ ПРИНИМАЕТ

РАМКИ УПАДУТ РАССЫПЯТСЯ ИСЧЕЗНУТ СВОИ ОРИЕНТИРЫ ЗНАНИЯ ОПЫТ ВЫШЛА ИЗ ДОМИКА

Новые мысли, появление которых было отмечено во время получения обратной связи:

ЗАТЕКЛИ НОГИ
ШЕЛ КОНЦЕРТ - ПОШЛА ТАНЦЕВАТЬ
ЗАМЕЧАНИЕ - ИДИ ИЗЗА СТОЛА РЫДАЛА
СПОНТАННОСТЬ ПЕРЕКРЫТА
А МОЖНО
СТРАШНО ВДРУГ ЧТО-ТО НЕ ТО

СЕАНС 5

Набор негативных вербальных триггеров:

ВИДЕО НАПРЯЖЕНИЕ
ВДРУГ ЧЕГО ВЫЧЕРКНУ А ОНО ЕЩЕ НЕ ВСЕ
РЕБЕНОК ВЫРАСТАЕТ СТРАШНО
ТРЕМОР ДВАДЦАТЬ ЧЕТЫРЕ НА СЕМЬ ЗАЦЕМЕНТИРОВАЛА
ГОЛОС ХРИПОТЦА ВЫШЕ СТАТУСНОСТЬ
СТРАШИЛКА ПОВЛИЯЛА НА ЖИЗНЬ БЫЛО ПО ЖИЗНИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ОБИДНО НЕ ЖИЛА
А КАК НАДО ГДЕ МОЖНО НЕЛЬЗЯ БОЮСЬ НЕ СООТВЕТСТВОВАТЬ
ЗАДВИГАЮ СВОЕ Я ПОДСТРАИВАЮСЬ ПОД ОКРУЖЕНИЕ ТЕРЯЮ ВНУТРЕННЕЕ
Я ВО ВСЕХ А САМА ТО ГДЕ

Пул конструктивных вербальных триггеров. Отчетливо видна положительная динамика в решении изначального запроса:

А Я С ГОЛОВОЙ И НОЖКАМИ Я УЖЕ ЗВЕЗДА
СТАЛА ГОВОРИТЬ В ОБЫЧНОЙ ЖИЗНИ СПОКОЙНЕНЬКО ХОРОШО
ЗА ОКНОМ ОНИ ПУСТЬ ЛЕТАЮТ
ОБЩЕНИЕ НА РАВНЫХ

С ЛЕГКОСТЬЮ ПОЖИТЬ

ВНУТРЕННЯЯ СВОБОДА ЛЕГКОСТЬ НАСЛАЖДАТЬСЯ ЖИЗНЬЮ ЛЮДЬМИ РЕБЕНКОМ

ХОЧУ САМА СОБОЙ БЫТЬ Я ХУДОЖНИК Я ТАК ВИЖУ

МНЕ МОЖНО ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗНАЮ ЧТО СКАЗАТЬ

Я МОГУ ХОДИТЬ СТОЯТЬ ТАНЦЕВАТЬ

ИДИ САМА ПО ЖИЗНИ МОЖЕШЬ

Применение методики для коррекции негативных психоэмоциональных реакций при ПТСР

Согласно статистике от 10 до 30% участников боевых действий имеют проявления ПТСР различной степени выраженности. При этом только половина из них обращаются за помощью, которая дает эффект приблизительно в 40% случаев.



Согласно данным сайта www.ptsd.va.gov наиболее эффективными психокоррекционными методиками считаются КПТ, специфическая десенситизация, ДПДГ, основные принципы, которых задействованы при реализации методики СИГВЕТ-МСПИ.

www.ptsd.va.gov

ПСИХОТЕРАПИЯ	МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Как это работает?	Обучает навыкам изменения мысленного реагирования на стрессовые ситуации	Изменяет уровни естественных химических веществ в вашем мозгу, которые влияют на ваше самочувствие.
Что надо делать?	Встречать регулярно для проговаривания и обучения новым навыкам	Пить лекарства каждый день
Нужно ли говорить о травме?	В общих чертах или детально в зависимости от вида (КПТ, десенсибилизация, ДПДГ…)	Нет
Как часто нужен специалист?	Ориентировочно 1 раз в неделю	Один раз в месяц, потом раз в несколько месяцев
Как быстро эффект?	Большинство отмечает эффект после 3-4 недель.	Большинство отмечает эффект после 4-6 недель
Как долго длится лечение?	Обычно не менее 3 месяцев. У большинства улучшения сохраняются и после завершения встреч.	Обычно пожизненно.
Какие риски?	Проговаривание и мысли о травме могут быть тяжелыми, особенно в начале	Побочные эффекты: расстройства желудка, нарушения сна, головная боль, сухость во рту, сексуальные расстройства, набор веса

Пример работы предоставлены Светланой Лазаревой, ведущим психологом БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА «СИЛЬНЕЕ СЕБЯ»:

- 1. "ВГ", 32 года, ранение головы осколочное. удалена левая часть затылочной части мозга. парализована правая сторона была, разрушение речи, лежачий был. снились кошмары около полугода после ранения и госпиталя. кошмары начались не в госпитале, а уже после, триггер громкий звук, неожиданный, и тогда начались кошмары, которые были каждую ночь, по мимо визуальных кошмаров было

физическое ощущение, что кто-то рядом сидит на кровати (убитый) или трогает. Так же было снохождение, но клиент этого не признает, из описанных симптомов они были, т.к лунатизмом страдал еще в детстве. Проведено 6 сеансов, после 4-го кошмары пропали полностью, 5-6-ой были закрепляющие. Кошмары больше не беспокоят, сом нормализовался, личная жизнь наладилась. Примечание: бросила девушка, когда парализовало, ПСТР боевой, «свежий», «травматики» из детства нет, ранение январь2023 г.

- 2. "ФМ", 30 лет. Ранения нет. Полная дезориентированность, на грани суицида, истеричность, слезливость, нарушение сна, фанатичное желание вернуться обратно в зону СВО, носил нож под одеждой в предплечье, жажда крови (покупал рыбу, протыкал ножом и разбрызгивал кровь). Проведено 9 сеансов на приборе СИГВЕТ-МСПИ:- стал нож носить в ножнах на поясе, а не в рукаве, из которого можно вынуть нож меньше чем за секунду; - перестал убивать рыбу (так он снимал стресс); - сон восстановился, не спал больше полугода, постоянно снились кошмары; - агрессивность значительно снизилась, но не прошла (задачи такой не было, т.к предстояло обратно возвращаться в зону боевых действий); - желание мстить не прошло, но стало менее острое; - в зоне БД был весной 23 г.; -асоциальное поведение уже не так выражено. До конца проходить не стал (надо было еще с ним поработать сеансов 5). Примечание: «травматика» идет из детства, участие в СВО ПТСР усилило. Ранений и контузий нет.

Особенности применения методики при выраженных психоэмоциональных реакциях, в частности, на начальном этапе работы с ПТСР:

- используйте сокращенное количество триггеров (5-6 негативных и 5-6 ресурсных)

- сокращайте время первых сеансов за счет вводной фазы до 1 - 2 минут и фазы предъявления негативных триггеров до 0,5 – 3 минут

- избегайте излишне подробного вовлечения клиента в психотравмирующие воспоминания на первых сеансах

- процесс коррекции должен идти последовательно по мере переработки актуальных негативных воспоминаний

Вопросы:

- Механизмы адаптивного поведения хуже срабатывают при воздействии негативных стимулов в осознаваемом или неосознаваемом режиме?

- Какие существуют объективные методы оценки эмоциональной значимости негативных стимулов?

- Назовите какие психологические техники можно соотнести в внешним торможением в физиологии ЦНС?

- Назовите какие психологические техники можно соотнести в внутренним торможением в физиологии ЦНС?

- Назовите какие психологические и физиологические техники задействуют приемы формирования новых нейронных связей?

- Какими физиологическими исследованиями и клиническими данными подтверждено формирование новых нейронных связей?

- В чем заключается механизм формирования АСФС?

- Какие противопоказания для применения методов аппаратной психокоррекции?

- Для чего проводится вербализация психологической проблемы?

- Какие виды памяти существуют?

- Назовите этапы реконсолидации памяти?

- Какие основные этапы метода сенсорной переработки информации?

- Для чего используются сенсорные стимулы в методе сенсорной переработки информации?

- Какие особенности проведения метода сенсорной переработки информации при выраженных психотравмирующих событиях?

Список литературы

1. Хебб, Д.О. (1961). Отличительные особенности обучения у высших животных. В J. F. Delafresnaye (ред.). Механизмы мозга и обучение. Лондон: Издательство Оксфордского университета.
2. Паулсен, О.; Сейновски, Т. (1 апреля 2000 г.). Естественные паттерны активности и долговременная синаптическая пластичность. Современное мнение в нейробиологии. 10 (2): 172-180. doi:10.1016/s0959-4388(00)00076-3. PMC 2900254. PMID 10753798.
3. Костандов Э.А. Психофизиология сознательного и бессознательного- СПб, ПИТЕР – 2004 – 167 с.
4. Алексеев Л.Г. Психофизиология детекции лжи. Методология. — М., 2011.— 108 е., с илл.
5. John H. Krystal Lori L. Davis Thomas C. Neylan Brian Shiner Theresa D. Gleason Grant D. Huang It Is Time to Address the Crisis in the Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder: A Consensus Statement of the PTSD Psychopharmacology Working Group Published: March 16, 2017 DOI:https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.03.007
6. Психиатрия. Учебник. Под редакцией В. К. Шамрея, А. А. Марченко, Санкт-Петербург СпецЛит 2019. – 382 с.
7. Косаревская, Т.Е. Психосемантический подход к исследованию индивидуального сознания : методические рекомендации / Т.Е. Косаревская, Р.Р. Кутькина. – Витебск : УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2009. – 61 с.
8. Ахутина Т.В. Единицы речевого общения, внутренняя речь, порождение речевого высказывания // Исследования речевого мышления в психолингвистике. М.: Наука, 1985. – 237 с.
9. Голуб Я.В Способ снижения психологической значимости негативных психологических установок и воспоминаний // Патент РФ № 2728268, 2020.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ПАТЕНТ

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2728268

WWW.LINGVOSTIM.COM

СПОСОБ СНИЖЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ НЕГАТИВНЫХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК И ВОСПОМИНАНИЙ

6121536@gmail.com

Патентообладатель: *Голуб Ярослав Валерьевич (RU)*

Автор: *Голуб Ярослав Валерьевич (RU)*

Заявка № 2020100109

Приоритет изобретения 09 января 2020 г.

Дата государственной регистрации в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 28 июля 2020 г.

Срок действия исключительного права на изобретение истекает 09 января 2040 г.

Руководитель Федеральной службы по интеллектуальной собственности

Г.П. Ивлиев