



НАУЧНЫЙ
АСПЕКТ

na-journal.ru

2023

№11

TOM 20

УДК 001.8(082)

ББК 1

Н 34

Периодичность – 12 раз в год

Свидетельство ПИ № ФС 77-84349

ISSN 2226-5694

Состав ред. коллегии и сведения об учредителе
приведены на сайте <https://na-journal.ru>

Н 34 НАУЧНЫЙ АСПЕКТ № 11 2023. – Самара: Изд-во ООО «Аспект»,
2023 . – Т20 . – 126 с.

Журнал «Научный аспект» является научным изданием и отражает результаты научной деятельности авторов по различным дисциплинам в области гуманитарных, естественных и технических наук.

УДК 001.8(082)

ББК 1



Почтовый адрес: 420100 г. Казань а/я 9

Официальный сайт: <https://na-journal.ru>

Электронная почта: public@na-journal.ru

Подписано к печати 14.12.2023

Бумага ксероксная. Печать оперативная. Заказ № .
Формат 60×84 /16. Объем 7,56 п.л. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии «Куранты»

г. Казань, Сибирский тракт, 34к14, оф. 317, тел. +7 (843) 216-12-71

Содержание

ПСИХОЛОГИЯ

Илларионова Е. Р., Бдоян Д. А., Чобанян А. М., Бдоян А. А., Ловягина А. А. Мастерство слова в работе психотерапевта.....	2391
Пидшморга Ю. В., Слезавина С. С. Синдром эмоционального выгорания в практической деятельности врача.....	2403
Пидшморга Ю. В. Понимающее общение между врачом и пациентом как условие эффективного лечебного взаимодействия.....	2408
Дауренбекова А. К., Абдибаева Г. М., Жаркинбаева Д. С. Психологические особенности приемных детей.....	2415
Дауренбекова А. К., Акьнова Г. О., Жаркинбаева Д. С. Психологическое сопровождение родителей приемных детей.....	2423
Гутова Т. С., Манжула Д. И., Кудряшов М. Е. Психологическое исследование проявления синдрома выученной беспомощности в студенческой среде.....	2430
Гутова Т. С., Сидоренко А. И. Индивидуально-личностные детерминанты синдрома эмоционального выгорания.....	2435
Екимова Н. В., Цымлякова Е. Д., Степанкова Н. А. Депрессивно-тревожное расстройство: сущность и симптомы.....	2439
Тригубова А. А. Жизнестойкость участников буллинга в образовательной среде.....	2445
Каткова Е. Н., Орлова О. А., Амбросова В. И. Привлекательность профессии педагога в представлениях школьников профильных психолого-педагогических классов.....	2456

Айгнер Е. А.

Взаимосвязь патологий волос с психоэмоциональными расстройствами..... 2476

Иванов Д. В., Мытницкая А. В.

Воспитание темперамента.....2481

Су Ино, Ян Юань

Влияние детских травм на психическое здоровье во взрослой жизни: всесторонний анализ.....2485

Власов М. В.

Диссоциация и диссоциативные расстройства: граница между нормой и патологией.....2492

Кайтукова З. Х.

Ценностно-духовный компонент творческого потенциала старшеклассников.....2496

Гайнутдинова А. Р., Валенкова О. Р., Девяткина И. Ю., Мартинкевич И. А., Пулатова А. М.

Психологические факторы в формировании комплаентности у пациентов с сахарным диабетом второго типа: оценка и методы улучшения состояния.....2502

ПСИХОЛОГИЯ

УДК 614.253

Мастерство слова в работе психотерапевта

Илларионова Екатерина Романовна

студентка Лечебно-профилактического факультета
Ростовского государственного медицинского университета

Бдоян Давид Артурович

студент педиатрического факультета
Ростовского государственного медицинского университета

Чобанян Ангелина Мгеровна

студентка Лечебно-профилактического факультета
Ростовского государственного медицинского университета

Бдоян Аэлиа Артуровна

студентка Лечебно-профилактического факультета
Ростовского государственного медицинского университета

Ловягина Алина Андреевна

студентка Лечебно-профилактического факультета
Ростовского государственного медицинского университета

***Аннотация:** Конституцией Российской Федерации гарантируется право на бесплатную медицинскую помощь [1]. Ежемесячно к врачам обращается огромное количество пациентов, страдающих различными заболеваниями. Далеко не все специалисты умеют разговаривать с больными, что формирует общее недовольство среди населения относительно качества предоставляемых медицинских услуг. В частности, проблема взаимоотношения с населением состоит в том, что врачи иногда не в силах донести свою мысль в связи со многими причинами. Например, специфика работы, национальность, вероисповедание и т. д. Многие медики не умеют поддерживать и сообщать о смертельных заболеваниях как самим страдающим, так и их родственникам, подбирать тактичным образом слова для успокоения. Особенная степень важности*

характерна для таких специалистов узкой направленности, как психотерапевты, поскольку такой вид профессии предполагает в качестве обязательных навыков врача коммуникативные способности. Целью данной статьи является определение значимости русского языка в работе психотерапевта.

Abstract: *The Constitution of the Russian Federation guarantees the right to free medical care [1]. Every month a huge number of patients suffering from various diseases turn to doctors. Not all specialists know how to talk to patients, which forms a general dissatisfaction among the population regarding the quality of medical services provided. In particular, the problem of relations with the population is that doctors are sometimes unable to convey their message due to many reasons. For example, specifics of work, nationality, religion, etc. Many medics do not know how to support and communicate about fatal diseases to both the sufferers themselves and their relatives, to choose tactful words for reassurance. A special degree of importance is characteristic of such specialists of narrow orientation as psychotherapists, since this type of profession assumes as mandatory skills of doctor communicative abilities. The purpose of this article is to determine the importance of the Russian language in the work of a psychotherapist.*

Ключевые слова: *психотерапия, коммуникация, деонтология, общение с пациентом, навыки врача, лечение пациентов.*

Keywords: *psychotherapy, communication, deontology, communication with the patient, doctor's skills, treatment of patients.*

.....

Психотерапевт занимается лечением людей, страдающих различными неврозами. Такие заболевания признаются психическим расстройством, появляющимся на почве эмоциональных, личных, социальных проблем. Особого подхода требуют люди, которые участвовали в военных действиях. Для лечения психотерапевт в качестве главного метода использует разговор. «Если в системе обыденного взаимодействия общение протекает как бы само собой, то для людей ряда профессий (педагогов, врачей... и др.) общение из фактора, сопровождающего деятельность, превращается в категорию профессионально значимую, лежащую в природе профессии» [2]. Специфика указанной профессии заключается в том, что специалист должен быть эрудированным, уравновешенным, грамотным и предусмотрительным человеком. Работая с лицами, страдающими психологическими заболеваниями, нужно быть крайне осторожным, поскольку неправильно сформулированным предложением, подачей вопроса, мимикой, жестику-

лящей, интонацией можно только усугубить положение и причинить вред больному, тем самым развив у последнего еще большие комплексы.

Пирогов Н. И. отметил, «что дар слова есть единственное и неоцененное средство проникать внутрь, гораздо глубже, чем посредством одних внешних чувств» [3]. Действительно, при должном умении врач может воздействовать на самые начальные проявления психических расстройств пациента.

Под мастерством слова понимаются способности, полученные человеком в результате его жизнедеятельности (особенно во время процесса обучения, работы). Чистота речи связана с нормативным, этическим, эстетическим и коммуникативными факторами.

Нормативная составляющая предусматривает знание правил русского языка (морфологических, лексических, стилистических и других норм общения). Без существующих языковых норм (лексики, грамматики, синтаксиса, словообразования и др.) коммуникативная функция между людьми не была бы успешной. Однако одного такого элемента для полноценного общения недостаточно.

Коммуникативный фактор предусматривает чистоту и богатство речи. Точность логичность, выразительность и уместность — принципиальные составные элементы. Для богатой разговорной речи недостаточно знать русский язык — нужно правильно применять его нормы. Важно уметь выслушать, искренне постараться понять его проблемы, а также задать уточняющие вспомогательные вопросы таким образом, чтобы не перебить и не обидеть больного. Это приходит с опытом.

Под эстетической составляющей принято понимать выразительность и эмоциональность речи. Психотерапевт должен доносить информацию не слишком медленным, но и не быстрым темпом речи, не громким голосом, но и не тихим — во всем должна присутствовать сбалансированность. Монотонность речи негативно сказывается на восприятии. Выразительность, напротив, придает словам убедительность, привлекательность, что способствует лучшему контакту между собеседниками.

Интонация выступает в качестве показателя настроения человека. Профессиональные дикторы тренируют высоту тона, силу звучания, темп, логические ударения и паузы. Нельзя этого не учитывать — ведь даже ска-

занные положительные слова в грубом тоне приведут к отрицательному результату. Каждому специалисту следует научиться постановке логических ударений в предложении. В любом высказывании присутствует одно или несколько важнейших слов, на которых необходимо акцентировать внимание. Однако не нужно изображать риторику квалифицированного работника, поскольку интонация у каждого человека индивидуальна. Лучше уделить время работе над собой.

Этический элемент подразумевает уважительное отношение к пациенту: серьезность, деликатность, доброжелательность. Ни в коем случае нельзя оказывать давления. Напротив, больной нуждается в максимальной вежливости. Существуют темы, затрагивание которых опасно. Не стоит осуждать пациента за его внутренние идеалы. Присутствие перечисленных составляющих частей мастерства слова позволят создать взаимопонимание, доверие и уважение. Такой полноценный разговор позволит открыться больному перед специалистом, что способствует выздоровлению клиента.

Существуют и ярко выраженные дефекты речи, над которыми нужно работать. Например, привычка не заканчивать слова до конца — проглатывать их. Либо врач может картавить или заикаться — что является более серьезной проблемой. Также необходимо сначала обдумать предложение, а уже потом его озвучивать. Конечно, ближайшее окружение человека может привыкнуть и вовсе не обращать внимания на речевые недостатки, но для незнакомых лиц, особенно для больных, это будет очень заметно. Исходя из этого, следует вывод о том, что и сотрудникам здравоохранения следует заниматься самосовершенствованием и лечением.

Приступая к работе, психотерапевт должен ознакомиться с особенностями клиента для подготовки к беседе. В первую очередь учитываются темперамент и события, из-за которых у пациента возникли проблемы (если сеанс не первый). Правильно сконструированный диалог позволит улучшить состояние больного. Немногие обращаются за помощью к психотерапевту, находясь в глубокой депрессии. Поэтому крайне важно подобрать правильные слова, которые не усугубят положение. Более того, необходимо научиться не просто слушать, но и слышать. Во время сеанса не каждый врач способен понять, на что именно жалуется клиент. Жалоба

может нести глубоко скрытую настоящую проблему, которую необходимо для начала выявить, а уже потом лечить [4].

Артур Шопенгауэр отмечал, что «9/10 нашего счастья зависит исключительно от здоровья» [5]. Душевное состояние человека напрямую зависит от его физического здоровья. Но и нервные болезни способствуют развитию других заболеваний вплоть до нарушения или прекращения работоспособности внутренних органов человека. Поэтому на весь медицинский персонал (особенно на врачей, лечащих психологические расстройства) возлагается большая ответственность.

Медицинская психотерапия предусматривает воздействие на психику с целью выявить и нормализовать состояние человека. Наиболее распространенным психотерапевтами методом лечения выступает диалог. Если в процессе лечения врач пренебрегает русским языком и не следит за собственной речью, то нарушается взаимопонимание, теряется важная информация, происходят конфликты. Пациенты могут жаловаться не за постановку неправильного диагноза, а за неумение общаться с больными. Поэтому наличие диплома и знаний в области медицины недостаточно для оказания полноценной помощи больным — важно обладать мастерством слова [6].

Важно понимать, что спецификой психотерапии является отсутствие критериев научности, в частности, отсутствие воспроизводимости результатов. Кроме того, мы даже не знаем, что считать объективным фактом в психотерапии. Очень дискуссионно, является ли страдание клиента объективным фактом или оно возникает только в процессе коммуникации. Само общение между психотерапевтом и клиентом уже меняет восприятие страдания. Клиент может описывать свое состояние по-разному перед разными терапевтами, отличающимися полом, возрастом и стилем общения.

Похоже, что фактом в психотерапии является само общение между терапевтом и клиентом. Но существует ли разница между этим фактом и другими формами общения клиента, например со своими родственниками, душами умерших или голосами в его голове? Различия обусловлены особенностями контакта. Психотерапевтический контакт предполагает установление надежных и доверительных отношений и т.д., но их невоз-

можно объективно измерить или оценить. Разве только с помощью интроспекции, очень сомнительного с точки зрения научности метода.

Ни одну психотерапевтическую теорию, а также психологическую теорию, на которых базируется психотерапия, нельзя опровергнуть. Невозможно провести эксперимент для проверки любой психологической теории. Таким образом, психотерапия не удовлетворяет критерию Карла Поппера и, в этом смысле, нельзя считать ее научной. Все знания о поведении человека основываются на статистической достоверности — это максимум точности, которую мы можем достичь. Психотерапия, в конечном итоге, сводится к коммуникации, а коммуникация — это поведение. Любое поведение несет в себе коммуникативные сигналы [7].

Умение общаться людей друг с другом является одним из величайших достижений в ходе эволюции. Общение проникает в человеческую жизнь, начиная от воспитания, обучения, работы и до отношений с друзьями и семьей. Общение — это процесс, который связывает нас, помогает нам выполнять работу, создавать контакты и добиваться целей. Оно также имеет огромное значение для развития и сохранения культуры, передачи поколениями друг другу и укрепления культурных задач и ценностей внутри одного поколения. Таким образом, общение играет особую роль в нашем понимании культуры и её влияния на поведение.

Взгляды учёных на понятие «общение» разнообразны. Проблему общения рассматривают с философской, социологической, психологической и педагогической сторон. С точки зрения философии, общение — это взаимодействие между людьми, выражающее базовую потребность человека — быть включенным в социум и культуру, способ бытия человека во взаимосвязях с другими людьми. В контексте психологии, общение — это процесс, рассматриваемый под углом зрения межличностных взаимоотношений. Социология же изучает общение как множество человеческих контактов, приводящих к определённым результатам и последствиям, т.е. как деятельностное общение [8].

Общепризнано, невербальное общение играет значительную роль на протяжении всего сеанса общения с больным и является важной переменной во взаимодействии врача и пациента. Невербальное общение помогает построить отношения, дает понять, что скрывается за невыска-

занными тревогами и эмоциями, а также помогает подкрепить или опровергнуть наши словесные комментарии. Однако невербальную коммуникацию труднее интерпретировать: она непрерывна даже в тишине, может происходить одновременно в нескольких режимах, действует на менее сознательном уровне, пропускает спонтанные сигналы и является каналом, наиболее ответственным за передачу отношений, эмоций [9].

Но несмотря на важность невербального общения, вербальное общение несет в себе гораздо больше. Вербальное общение имеет решающее значение для точной диагностики и лечения пациентов в медицинской системе и обычно легко интерпретируется и анализируется. Оно дискретно с четкими конечными точками, происходит в одном режиме, в основном находится под произвольным контролем и передает наши когнитивные мысли больше, чем наши эмоции. Именно поэтому так важно мастерство слова врача. Вербальное общение — это нечто большее, чем просто произносимые слова. Важно понимать, что к психотерапевту, как и к любому врачу, пациенты приходят в ранимом и расстроенном состоянии, им нужна помощь и они верят, что специалист может им помочь. К тому же, рассказывать незнакомому человеку о том, что беспокоит может быть сложно и это задача специалиста, сделать так, чтобы пациент врачу доверился.

Языковые барьеры и культурные различия могут вызвать недопонимание между медицинскими работниками и их пациентами, что приводит к неправильному диагнозу или неправильному плану лечения.

Чтобы преодолеть эти проблемы, всем, чья работа связана с психическим и ментальным здоровьем, необходимо пройти надлежащую коммуникативную подготовку, которая позволит им эффективно передавать информацию и сопереживать различным группам пациентов. Медицинские работники должны иметь возможность свободно общаться со своими пациентами, чтобы понимать симптомы, историю болезни и предпочтения в отношении лечения.

Твердое понимание культурных нюансов позволяет врачам строить отношения со своими пациентами, а также понимать, как культура может повлиять на взгляд человека на здоровье и болезнь. Четко объясняя диагнозы, методы лечения и профилактические меры доступным языком,

врачи дают своим пациентам возможность принимать обоснованные решения о своем лечении [10].

Разумно утверждать, что основное внимание психотерапевта в процессе общения направлено на то, чтобы сосредоточить внимание на самовыражении клиента и, при необходимости, поощрять это выражение. Но каковы требования для хорошего слушания? По сути, никаких требований нет — на практике существует несколько руководящих принципов, которые имеют тенденцию повышать уверенность клиента в выражении своих проблем, улучшать способность психотерапевта улавливать передаваемые сообщения и поощрять положительную обратную связь со стороны клиента.

Межличностное общение можно определить как транзакционный процесс создания смысла посредством взаимозависимых сущностей — или, менее формально, передачу и получение сообщений другим людям и от них. Когда люди общаются, их бомбардируют информацией, которую в большинстве случаев они не воспринимают. Почему? Потому что люди не осознают, как другие воспринимают мир и самих себя. Они могут иметь приблизительное представление и даже иметь некоторые общие черты, но невозможно предсказать интерпретацию значения в полной мере. Однако можно выделить некоторые общие тенденции.

Межличностное общение имеет базовую структуру: отправитель, получатель, сообщение и контекст. Когда создается первое «сообщение», получатель будет интерпретировать это сообщение в соответствии со своим личным прошлым (ценности, культура, опыт, знания и т. д.) и в соответствии с контекстом, в котором сообщение было создано (ситуация, актуальность, характеристики отправителя и т. д.). более).

Для эффективного общения людям необходимо иметь возможность согласовывать исходную информацию каждого человека с вербальным или культурным значением передаваемого сообщения. Отношения основаны на этом общем уровне понимания, и чем больше людям не удастся общаться друг с другом, тем больше у них развиваются личные предположения, которые могут привести к конфликту.

Учитывая его сложность, понимание основных проблем межличностного общения может значительно улучшить процесс интерпретации сооб-

шений людей и помочь им понять, как интерпретировать ваши сообщения. Существует двенадцать основных коммуникационных спойлеров:

1. критика — отрицательная оценка другому человеку.
2. обзывательство — стереотипное представление о другом человеке.
3. диагностика — анализ поведения другого человека.
4. оценочное восхваление — вынесение чрезмерных положительных суждений в адрес другого человека.
5. приказ — принуждение другого человека делать то, что вам хочется.
6. угроза — контроль действий другого человека путем предупреждения о последствиях.
7. морализация — рассказ о том, что другой человек должен делать в данной ситуации.
8. неуместные или чрезмерные вопросы — чрезмерное использование закрытых вопросов.
9. совет — предоставление другому человеку решения проблемы.
10. отвлечение — «подталкивание» к решению проблем другого человека.
11. логический аргумент — попытка убедить другого, апеллируя к логике и фактам.
12. утешение — попытка удержать другого человека от негативных эмоций.

Существует множество эффективных стратегий, которые помогут улучшить межличностное общение. Эффективное общение предполагает не только передачу сообщения, но также обеспечение того, чтобы другой человек уделял достаточно внимания и чтобы окружающая среда была подходящей для передачи сообщения (контроль уровней «шума» и «прерывания»).

Способность эффективно общаться — это неотъемлемая роль психотерапевта. Работа психотерапевтом во время сеанса в оказании поддержки клиентам, и он начинает с первоначальной оценки клиента. В большинстве случаев эмоциональное состояние клиента становится для него барьером для эффективного общения с консультантом — на этом этапе самое время понаблюдать за языком тела клиента, чтобы распознать, что происходит «между строк». Это не игра в предположения, а скорее анализ, основанный на поведенческих тенденциях.

Разумно утверждать, что основное внимание консультанта в процессе общения направлено на то, чтобы сосредоточить внимание на самовыраже-

нии клиента и, при необходимости, поощрять это выражение. Но каковы требования для хорошего слушания? По сути, никаких требований нет — на практике существует несколько руководящих принципов, которые имеют тенденцию повышать уверенность клиента в выражении своих проблем, улучшать способность психотерапевта улавливать передаваемые сообщения и поощрять положительную обратную связь со стороны клиента.

После того, как созданы соответствующие условия для консультирования, пришло время применить базовые навыки общения, чтобы помочь клиенту лучше выражать эмоции и формулировать мысли. Такие правила полезны для любого процесса общения, но особенно важны во время консультационных отношений.

Процесс порождения речевого высказывания состоит из трех основных этапов: мотивационный этап, этап программирования и этап осуществления. Рассматривая процесс формирования речи в психотерапии, особо важным является саморефлексия психотерапевта на каждом этапе, с целью осознания и контроля его внешней речевой активности во взаимодействии с клиентом. Наибольшее внимание следует уделить мотивационному этапу, то есть формированию коммуникативного намерения. Важным вопросом для психотерапевта становится, как правильно говорить, чтобы достичь психотерапевтического эффекта, чтобы клиент получил нужные ответы и чтобы произошли желаемые изменения в его жизни.

К. Бюлер выделяет три основные функции языка: изъяснение, побуждение и репрезентация [11]. Кроме того, ситуативная теория речевой деятельности К. Бюлера остается актуальной и интересной для современных психолингвистических исследований.

В консультировании используются четыре категории навыков устного общения [12].

Во-первых, опрос. Он помогает развивать терапевтические отношения. Это может быть особенно полезно в начале консультирования. Техника вопросов может помочь углубить опыт и выявить информацию, которая могла быть упущена из виду как важная.

Во-вторых, конфронтация. Ее можно использовать только после того, как установлены доверительные терапевтические отношения. Когда консультант использует конфронтацию, он пытается выявить несоответствия,

о которых клиент может не знать. Конфронтация — это метод, используемый для того, чтобы побудить пациента лучше осознать свои убеждения и модели поведения.

В-третьих, фокусировка, которая используется терапевтом для направления разговора, когда клиент может быть отвлечен на темы, которые не обязательно имеют отношение к цели консультации. Этот метод не следует использовать без необходимости, поскольку он может показать клиенту отсутствие интереса.

В-четвертых, вербальное отслеживание используется специалистами, чтобы продемонстрировать, что они заинтересованы и слушают клиента. Некоторые способы сделать это — перефразировать или резюмировать сказанное, а также размышлять над информацией, представленной на психотерапевтической сессии.

Очевидно, что невозможно использовать данные методики, не обладая обширным словарным запасом.

Во время разговора важно всегда оставаться профессиональным и вежливым по отношению к другим, даже когда эмоции сильны, а сам врач в не лучшем настроении. Важно уметь выражать поддержку. Продвигая культуру, в которой каждый чувствует себя услышанным и ценным, включая коллег и пациентов, вы вносите вклад не только в улучшение результатов лечения, но и создаете среду, в которой каждый чувствует себя уважаемым и понятым. И главным инструментом для достижения этой цели может стать мастерство слова.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 дек. 1993 г.: в ред. Закона Российской Федерации о поправках к Конституции РФ от 21 июля 2014 г. № 11-ФКЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. № 31. Ст. 4398.
2. Даниличева Т. П., Караваев А. Ф. Коммуникативные навыки сотрудников УИС как фактор успешного профессионального развития / Т. П. Даниличева, А. Ф. Караваев // Психопедагогика в правоохранительных органах. — 2003. — № 2 (20). — С. 44–46.

3. Пирогов Н. И. Вопросы жизни. Дневник старого врача / Н. И. Пирогов. — Иваново, 2008.— 258 с.
4. Тукаев Р. Д. Оценка эффективности психотерапии с позиции медицины, основанной на доказательствах //Социальная и клиническая психиатрия.— 2004. — Т. 14.— № . 1. — С. 87–96.
5. Шопенгауэр А. Афоризмы житейской мудрости / А. Шопенгауэр. — М.: Эксмо, 2015.— 490 с.
6. Нахимовский А. И., Шишков В. В. Практическая психотерапия.— 2001.
7. Варга А. Я. Психотерапия—не наука и не искусство //Психотерапия.— 2013.— № . 1. — С. 121.
8. Могутова, О. А. Вербальное общение в процессе педагогической деятельности / О. А. Могутова // Теория и методика обучения иностранным языкам и смежным лингвокультурологическим дисциплинам: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Димитровград, 12 апреля 2017 года. — Димитровград: Димитровградский инженерно-технологический институт — филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский университет «МИФИ», 2017. — С. 51–54. — EDN ZGYPHR.
9. Silverman J, Kinnersley P. Doctors'non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. Br J Gen Pract. 2010 Feb;60(571):76–8. doi: 10.3399/bjgp10X482293. PMID: 20132698; PMCID: PMC2814257
10. JOUR Perosino, E. Gonella, D. Fatelli, Stefano 2007/01/01 The doctor-patient communication: The importance of verbal language VL — 3
11. Бюлер К. Структурная модель языка (извлечения) // Звегинцев В. А. История языкознания XIX–XX вв. в очерках и извлечениях: 3-е. Изд. — М., 1965. — Ч. 2. — С. 28–31. Бюлер К. Теория языка (извлечения) // Звегинцев В. А. История языкознания в очерках и извлечениях: 3-е Изд. — М., 1965. — Ч. 2. — С. 31–34.
12. Gerger H, Nascimento AF, Locher C, Gaab J, Trachsel M. What are the Key Characteristics of a ‘Good’ Psychotherapy? Calling for Ethical Patient Involvement. Front Psychiatry. 2020 Jun 2;11:406. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00406. PMID: 32581856; PMCID: PMC7292227.

УДК 159.944

Синдром эмоционального выгорания в практической деятельности врача

Пидшморга Юлия Владимировна

ассистент кафедры Философии, психологии и педагогики
Кубанского государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Слезавина Софья Сергеевна

студентка Педиатрического факультета
Кубанского государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения Российской Федерации

***Аннотация:** На сегодняшний день профессия врача занимает одну из ведущих ролей в процессе создания общественного блага, что объясняется постоянно растущей потребностью населения в качественной и своевременной медицинской помощи. Профессия врача относится к классификационной группе формата «человек-человек»: включает в себя непрерывный коммуникативный процесс с пациентами и их родственниками, коллегами и прочими представителями медицинского сообщества. Неэффективно развивающаяся коммуникативная ситуация с перечисленными выше категориями ее участников, а также режим многозадачности, непрерывного самообразования, мониторинг актуальных профессиональных тенденций — все это создает чрезмерную нагрузку на нервную систему, что может самым негативным образом сказаться на его психоэмоциональном состоянии.*

***Abstract:** Today, the profession of physician occupies one of the leading roles in the process of creating public good, which is explained by the ever-increasing need of the population for quality and timely medical care. The profession of a doctor belongs to the classification group of the “human-to-human” format. It includes a continuous communicative process with patients and their relatives, colleagues and other representatives of the medical community. Inefficiently developing communicative situation with the above categories of its participants, as well as the mode of multitasking, continuous self-education, monitoring of current professional trends — all this creates an excessive load on the nervous system, which can most negatively affect the psycho-emotional state.*

***Ключевые слова:** эмоциональное выгорание, факторы риска наступления эмоционального выгорания, стресс, профилактика выгорания.*

Keywords: *emotional burnout, risk factors of emotional burnout, stress, burnout prevention.*

.....

Особенности социального взаимодействия в рамках профессии врача закономерно ставят вопрос о том, что работники сферы здравоохранения находятся в зоне риска эмоционального выгорания, которое может повлечь за собой серьезные последствия: от ресурсного потенциала медицинского работника зависит не только благоприятный психологический климат между участниками медицинской коммуникации, но и здоровье пациента, его целевые установки на здоровьесохранное поведение, ответственное отношение к процессу лечения.

Термин «выгорание» чаще всего используется для обозначения особого состояния психо-физического истощения, возникающего в ответ на эмоциональное перенапряжение в ходе реализации профессиональных задач в рамках профессий формата «человек-человек». В медицинской практике это объясняется регулярным и довольно близким общением с пациентами и их родственниками, для которых необходимы установление контакта в процессе взаимодействия, демонстрация сопереживания и эмпатии, вовлеченность медицинского работника и его ответственность за процесс выздоровления пациента.

Эмоциональное выгорание — проблема, свойственная людям разных возрастов, профессий, темпераментов. В ее основе — факторы, провоцирующие эмоциональное выгорание, условно можно разделить на два блока, которые можно разделить на 2 группы: внутренние (завышенные требования к себе — «не уставать», «все выполнять безупречно»; чрезмерная эмпатичность и самоотдача, сложности с восприятием критики, ориентация на перфекционизм) и внешние (многозадачность, чрезмерные перегрузки в рамках рабочего процесса, негибкий график рабочего процесса, неблагоприятный психологический климат в коллективе, нерациональное использование человеческого потенциала руководством). Кроме того, профессия врача отличается факторами, способствующими формированию стрессового состояния, неизбежно приводящая к выгоранию: недосып — одна из частых проблем медицинских работников в связи с ночными дежурствами, и как следствие — хроническая усталость; специфика

отдельных отраслей медицины (например, детское онкологическое отделение); невозможность абстрагироваться от профессиональных проблем (психологи отмечают, что женщины-врачи в большей степени подвержены стрессовой ситуации в связи с тем, что за пределами работы у них множество домашних обязанностей и уходя с рабочего места они идут в такую же атмосферу работы).

В практической деятельности врача синдром эмоционального выгорания чаще всего связан с разочарованием медицинского работника, которое обусловлено несоответствием представлений молодых специалистов об идеальной врачебной деятельности и реальными трудностями данной профессии. Этот внутренний конфликт молодого специалиста ведет к состоянию не только физического, но и эмоциональному истощения, порождает выхолащивание, стремление избегать общения с людьми, черствость и изможденность. В подобном безресурсном состоянии врач просто не в силах выполнять свою профессиональную миссию по оказанию медицинской помощи, из-за этого рушатся его профессиональные планы и надежды.

Признаками эмоционального выгорания, требующими пристального внимания, самоанализа и глубокой саморефлексии медицинского работника, является: отчуждённость от рабочего процесса и снижение уровня заинтересованности в результатах труда, пассивная агрессия в сторону коллег и пациентов (их родственников), ощущение беспомощности и бесперспективности в профессиональном плане, повлекшие ухудшение здоровья и качества жизни, прокрастинация. Данные проявления вносят негативный вклад в процесс выстраивания доверительных и надежных взаимоотношений с пациентами, они мешают медицинскому работнику должным образом вовлекаться в проблемы пациента, проявлять к нему должное внимание в процессе лечения и диагностики. Кроме того, еще одним негативным последствием эмоционального является повышенный риск совершения врачебной ошибки и упущений, от которых зависят жизнь и здоровье пациента.

Преодолению эмоционального выгорания способствуют профилактика и методы соморегулирования. Как и любое другое заболевание, выгорание легче предотвратить нежели лечить, единственным рациональ-

ным решением проблемы будет смена деятельности, например, переход в другое отделение, где будет снижено число профессиональных задач, меньше контактов с пациентами и ритм жизни чуть спокойнее (лаборатория, функциональная диагностика) или принятие крайних мер, связанных с уходом из профессии. Однако, радикальных мер можно и избежать, если придерживаться простых правил, способствующих предотвращению выгорания, на регулярной основе. Во-первых, это смена деятельности: можно чередовать физический труд с умственным, а также переключаться с более сложных и творческих задач на рутинные, более простые по своему содержанию.

Еще одним действенным методом является рефлексия — уникальная практика, которая предполагает самостоятельно инициируемый глубокий анализ собственных психо-эмоциональных состояний, а также поиск их истинной причины. В данной практике важно проанализировать причину возникновения стрессовых ситуаций, способы реакции на них, возможности влиять на ход развития ситуации и ее вероятностный исход — все это меры помогают восстановить психоэмоциональное состояние после пережитых событий, связанных со стрессом.

Забота о собственном физическом здоровье, от которого напрямую зависит психическое здоровье личности — важнейшая задача, связанная с профилактикой выгорания. Физическая (в том числе, и трудовая) нагрузка на организм должна быть регулярной, но равномерной, не изнуряющей: рекомендуются пешие прогулки не менее десять тысяч шагов в день, перерывы на простые физические упражнения во время долгой работы или утренняя / вечерняя зарядка (пробежка). Правильное питание, отказ от вредных привычек тоже помогают чувствовать себя лучше.

Сохранение личного пространства и наличие «личного времени», при которых человек может свободно отказаться от разговора, который кажется ему бесполезным или инициировать перенос разговора на другую тему, посвятить время личным интересам — самостоятельной прогулке, просмотру фильма или путешествию — неотъемлемое право независимой личности, связанное с гармонизацией собственного состояния, дающего возможность не только отдохнуть, но и лучше себя понять, выстроив с собой «конструктивный диалог».

Достаточный и продуктивный отдых — это ключ к хорошему самочувствию. Отдых может быть абсолютно активным (спорт / прогулки / чтение книг) или пассивным (сон / медитации / релаксации / прослушивание музыки). Каждому человеку важно иметь представление о том, что именно позволяет ему качественно отдохнуть и повысить ресурс собственных сил. Оптимальное распределение времени, связанное со сбалансированным режимом труда и отдыха — важнейший метод эффективной саморегуляции, в основе которого — рациональное планирование: четкое разграничение времени на рабочее и нерабочее, выделение времени на отдых, во время которого не рекомендуется обращаться к рабочим задачам и домашним делам.

Хобби — отличный способ расслабиться и отдохнуть от повседневной рутины. Увлеченное занятие делом «по душе» за пределами рабочего процесса, будет не только доставлять удовольствие и помогать расслабиться, но и позволит переключить фокус внимания, что является действенной профилактикой стрессовых состояний, выгорания.

В ряде случаев возможность выговориться помогает человеку справиться с выгоранием. Этой цели может поспособствовать яркий выплеск эмоций — это могут быть слёзы или же сброс накопившейся агрессии и гнева или же обращение за помощью к специалисту (психотерапевт/психиатр) — в случаях, когда проблема выходит за рамки компетенций личности. Психологи рекомендуют чаще инициировать общение с друзьями, семьей или с другими близкими людьми (коллеги, знакомые). Даже если в разговоре нет глубокой смысловой нагрузки, он поможет расслабиться и, возможно, с легкостью посмотреть на сложившуюся ситуацию.

Поиск баланса между работой и отдыхом — лучшая профилактика эмоционального выгорания, тогда как перегрузки приводят к внутренним конфликтам, дисгармонии, серьезным соматическим заболеваниям. Не распознанные своевременно симптомы эмоционального выгорания могут привести к снижению работоспособности, ухудшению качества жизни и снижению утрате жизненных сил. Задача медицинского работника не только помогать и поддерживать пациентов, но и прислушиваться к себе, улавливать тревожные сигналы организма, которые при должном внимании позволят не допустить эмоционального выгорания.

Список литературы

1. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Юрайт — 2008–201 с.
2. Ермакова Е. В. Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект) // Культурно-историческая психология — 2010 — Т. 6 — № 1 — С. 27–39.
3. Колузаева Т. В. Эмоциональное выгорание: причины, последствия, способы профилактики // Вестник Хакасского государственного университета им. Н. Ф. Катанова. — 2020 — № 1 (31) — С. 122–130.
4. Ларенцова Л. И., Терехина Н. В. Феномен эмоционального выгорания: механизмы формирования, симптомы и способы преодоления с точки зрения различных психологических подходов // Прикладная юридическая психология — 2009 — № 2 — С. 37–48.

УДК 316.772.4

Понимающее общение между врачом и пациентом как условие эффективного лечебного взаимодействия

Пидшморга Юлия Владимировна

ассистент кафедры Философии, психологии и педагогики
Кубанского государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация: Достижение первичного контакта и преодоление наиболее распространенных коммуникативных барьеров в процессе общения врача и пациента — это лишь часть процесса выстраивания доверительных долгосрочных партнерских отношений, приводящих к комплаенсу. Растерянный вид пациента, отстраненность, механическое кивание, закрытая поза, отсутствие уточняющих вопросов — явные признаки того, что понимания между врачом и пациентом не произошло. Если врач уловил подобные сигналы непонимания, то у него появляется задача преодоления данного непонимания через более подробное разъяснение текущей ситуации доступными ему педагогически-

ми технологиями. Процесс взаимодействия врача и пациента, таким образом, должен быть ориентирован не на заболевание, а на личность пациента. Однако, медицинская беседа не должна быть просто беседой.

Abstract: *Achieving initial contact and overcoming the most common communication barriers in the process of doctor-patient communication is only part of the process of building trusting long-term partnerships that lead to compliance. The patient's confused look, detachment, mechanical nodding, closed posture, and lack of clarifying questions are clear signs that understanding between the physician and the patient has not occurred. If the physician catches such signals of misunderstanding, he or she has the task of overcoming this misunderstanding through a more detailed explanation of the current situation using pedagogical technologies available to him or her. The process of physician-patient interaction, therefore, should be focused not on the disease, but on the patient's personality. However, medical conversation should not be just a conversation.*

Ключевые слова: понимание, взаимопонимание, понимающее общение, общение между врачом и пациентом, медицинская коммуникация, эмпатия.

Keywords: *understanding, mutual understanding, understanding communication, doctor-patient communication, medical communication, empathy.*

Коммуникативный акт врача и пациента всегда носит субъективный характер: восприятие и оценочные суждения участников медицинской коммуникации напрямую связаны с их личностными мотивами, установками, целями и условиями удовлетворения потребностей. Так как медицинская помощь с юридической точки зрения классифицируется как услуга, то сам факт предоставления услуги характеризуется следующими особенностями:

- нематериальный характер медицинской услуги, которой не позволяет оценить ее качество до момента исполнения;
- потребитель услуги — пациент — оказывается вовлеченным в процесс оказания услуги, так как процессы потребления и оказания медицинской услуги совпадают и неразрывны, и, таким образом, восприятие качества услуги зависит от общего настроения пациента и его психоэмоционального состояния;
- оказание медицинской услуги связано с субъективностью не только пациента — ее потребителя, но и с личностными особенностями ее производителя — врача: человеческий фактор не позволяет обеспечить

постоянное качество услуги, так как оно зависит от общего психофизического состояния исполнителя (устомление, упадок сил и проч.), что непосредственным образом сказывается на удовлетворенности пациента.

Однако, здоровье пациента — высшая ценность, поэтому вне зависимости от специфичности самого процесса оказания услуг пациент должен быть доволен качеством оказания медицинской помощи, и эта удовлетворенность складывается из множества факторов, одним из которых является достижение взаимопонимания между врачом и пациентом.

В основе понимающего общения между врачом и пациентом — проявление уважения к личности пациента; не оценочное, а принимающее реагирование на предоставляемую пациентом информацию о его состоянии здоровья и протекании болезни; эмпатичность, подразумевающая не сочувствие (разделение эмоционального состояния каждого пациента очень быстро приводит к эмоциональному и профессиональному выгоранию врача), но умение посмотреть на ситуацию и увидеть ее «глазами пациента». Перечисленные принципы являются основополагающими для достижения понимания между участниками медицинской коммуникации. Понимание — не единичный акт коммуникации, а совокупность и результат многократного преобразования информации в процессе перехода от непонимания (незнания) к пониманию (знанию) на основе:

- интерпретации — наделение участниками (врачом и пациентом) информационного потока смысловым содержанием и значениями: для достижения понимания эти смыслы должны совпадать;
- реинтерпретации — изменение смыслового поля и значения информационных потоков: врач может изменить представление пациента о его состоянии здоровья, сформировать у него новую клиническую картину;
- конвергенции — слияние и компиляция смыслов и значений разрозненных информационных блоков: пациент может иметь фрагментарные представления о своем заболевании, а задача врача выстроить их в системные;
- дивергенции — выработка из единого смыслового поля тематических «подсмыслов» и разъединение на блоки: в ходе выработки планов ле-

чения врач может разделить массив информации для пациента на поэтапные блоки, чтобы ему было легче воспринимать логику процесса лечения;

- конверсии — переосмысление и преобразование, качественное видоизменение смысла и значение полученной информации: коммуникативные усилия врача, направленные на изменение точки зрения пациента на процесс лечения и клиническую картину (например, при смене благоприятного прогноза на неблагоприятный).

Основными причинами непонимания выступают коммуникативные барьеры — фонетический (темп и громкость речи, речевые дефекты, акцент, дикция и прочие); смысловой (непонимание пациентом профессиональных терминов); стилистический (неуместное в рамках медицинской коммуникации поведение и стиль речи — надменный, пренебрежительный, «на повышенных тонах», раздраженный); логический (между участниками коммуникаций нет логики общения); барьер неприятия (личная неприязнь, неиспользование навыков эффективной коммуникации); психологические (интравертированность участника(ов) коммуникации, стеснительность и невозможность пациента предоставить врачу информацию об особенностях протекания болезни, низкая вовлеченность участника(ов) в процесс коммуникации); социально-культурные (различия культурные, религиозные, политические).

Врач — ведущий участник медицинской коммуникации. В его коммуникативную компетентность входят задачи преодоления коммуникативных барьеров, решаемые через применение следующих коммуникативных приемов:

1. Проявление эмпатии — умение увидеть ситуацию с точки зрения пациента и ориентироваться на его субъективную систему ценностных смыслов, интересов и мотивов.
2. Отказ от приоритетности собственных субъективных ценностных ориентаций, готовность к не критичному восприятию альтернативных точек зрения партнера по общению.
3. Эмоциональный контакт.
4. Понимание особенностей ситуации факта обращения за медицинский помощью и трассируемых при этом пациентом поведенческих особен-

ностей: раздраженность, растерянность, испуг, чрезмерная эмоциональность, гипертрофированный поиск поддержки, отчаяние.

5. Инициация врачом сбора информации от пациента относительно его отношения к текущей ситуации, его компетентности и запроса на более подробную, развернутую информацию.
6. Демонстрация маркеров понимающего реагирования (перефразирование, резюмирование, уточнение, подбадривание).

Искомое понимающее общение между участниками медицинской коммуникации характеризуется следующими признаками.

Во-первых, использование врачом в коммуникативном акте фраз-маркеров, демонстрирующие наличие контакта и вовлеченности в общение участников медицинской коммуникации («хорошо», «продолжайте», «понимаю» и т.д.).

Во-вторых, это создание подходящей ситуации общения, в рамках которой врач располагает пациента на доверительное общение, открытое высказывание актуальной для него информации о состоянии здоровья и протекания болезни, чтобы пациент не стеснялся присутствия посторонних и не ограничивалась, таким образом, возможность проявить эмоции. Это позволяет врачу сформировать полное представление об общем психоэмоциональном состоянии пациента и, в случае необходимости, врач может сам оказать необходимую пациенту психологическую поддержку или, если есть основание, привлечь к помощи специалистов соответствующего профиля. Психоэмоциональное состояние может как способствовать процессу лечения, так и негативным образом влиять на данный процесс, поэтому оставлять его без внимания врач не может.

В-третьих, очень важна соответствующая реакция врача на неочевидные сигналы со стороны пациента — тревожное поведение, стеснение, недоговоренности, понижение громкости речи. Есть интимные вещи, о которых пациент самостоятельно информации не предоставляет, но по косвенным признакам врач, при проявлении должного внимания, может заметить и «развернуть» данную тему через задавание соответствующих вопросов или уточнений. В соответствии со своим нравственным долгом перед профессией врач обязан «замечать неочевидное и слышать не сказанное».

В-четвертых, совместная рефлексия и обсуждения эмоций пациента, связанных с реакцией на ситуацию, связанную с состоянием здоровья. При этом внимания заслуживает не только ипохондрический или тревожный настрой пациента, но и, например, беспечный или безответственный, при котором пациент не осознает всей сложности ситуации и не уделяет ей должного внимания.

В-пятых, использование всего спектра инструментов и методов невербальной коммуникации как для лучшего понимания пациента в ходе сбора анамнеза, так и для лучшего понимания пациентом обратной связи от врача и для демонстрации эмпатии (визуальный контакт, кивание головой, открытая и располагающая к общению поза, мимические реакции). Внимательная пауза — визуальный контакт, реакция глаз и мимики, маркеры осмысления, дыхательная реакция — подобное молчание также работает на понимание и является попыткой «заглянуть» и осмыслить точку зрения пациента, чтобы ее лучше понять. Уточняющие вопросы и переспрашивание также способствуют установлению взаимопонимания между участниками коммуникации.

Таким образом, в заключении отметим, что под понимающим общением в рамках медицинской коммуникации подразумеваются двусторонние усилия — со стороны врача и пациента — с целью получения обратной связи и выработки субъект-субъектного взаимодействия, при котором врач и пациент одинаково активны в ходе достижения взаимопонимания и ответственны за протекания медицинского взаимодействия. Установки понимающего общения сводятся к демонстрации врачом понимающего реагирования на предоставляемую пациентом вербальную и невербальную информацию, к положительному принятию личности пациента вне зависимости от имеющихся барьеров общения, к совпадению поведенческих актов участников медицинской коммуникации.

Основные рекомендации к построению медицинской коммуникации врача и пациента с позиций понимающего общения. В большинстве случаев в общении пациента и врача возникает непонимание из-за того, что врач перегружает медицинскую коммуникацию терминологией, не проявляет должной (по мнению пациента) вовлеченности в проблему, волнующую пациента, в результате чего у пациента создается ощущение вы-

сокомерности и безразличия со стороны врача. Подобным субъективным выводам во многом способствует общее психоэмоциональное состояние пациента: чрезмерная тревожность за свое здоровье не позволяет ему объективно понять, насколько врач участлив в сложившейся ситуации. Чтобы не дать возможности развития подобной неэффективной коммуникации и все-таки добиться понимания с пациентом врач может прибегнуть к следующим приемам:

1. Исключить или, при невозможно этого, минимизировать использование непонятной для пациента терминологии, а в случае необходимости обращения к ней, сформировать у пациента систему представлений об используемых терминах через различные педагогические технологии (компьютерное моделирование, плакаты, рисунки, макеты).
2. Подвести итоги медицинской коммуникации: попросить пациента проговорить ключевые аспекты лечения, дальнейшие планы, задать ему уточняющие вопросы относительно того, насколько хорошо он усвоил предоставленную ему информацию.
3. Подготовить для пациента распечатанную памятку, например, о схеме лечения или о графике посещения врача — отразить там всю актуальную для пациента информацию, исходя из конкретного повода для обращения.

Список литературы

1. Леббех И. Особенности коммуникации врачебного приема. Цикл «Доктор. Как разговаривать с пациентом и влиять на его приверженность». — Изд. «ЛитРес». — 2020. — 140 с.
2. Сильверман Д., Дрейпер Д., Керц С. Навыки общения с пациентами / А.А.Сонькина. — Изд. «Гранат» — 2018. — 304 с.
3. Сонькина А. А. Навыки профессионального общения в работе врача / А.А.Сонькина // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.— 2015.— № 1. — С. 101–106.

УДК 159.99

Психологические особенности приемных детей

Дауренбекова Асел Карибаевна

старший преподаватель Таразского регионального университета
имени М. Х. Дулати (Республика Казахстан, Тараз)

Абдибаева Гулсара Мукашевна

старший преподаватель Таразского регионального университета
имени М. Х. Дулати (Республика Казахстан, Тараз)

Жаркинбаева Динара Сабитовна

преподаватель Международного казахско-турецкого университета
имени Х. А. Ясави (Республика Казахстан, Туркестан)

***Аннотация:** Статья представляет обзор и анализ основных психологических характеристик, с которыми сталкиваются дети, оказавшиеся в приемных семьях. Авторы анализируют особенности адаптации, социальной интеграции, а также проблемы, связанные с формированием идентичности у приемных детей. Статья также обсуждает различные стратегии поддержки и рекомендации для приемных родителей, специалистов и общественности в целом.*

***Abstract:** The article presents an overview and analysis of the main psychological characteristics faced by children in foster care. The authors analyze the peculiarities of adaptation, social integration, and problems related to identity formation in foster children. The article also discusses various support strategies and recommendations for foster parents, professionals, and general public.*

***Ключевые слова:** травмированные дети, психологическая помощь, приёмные дети, переживание потерь, психологическая подготовка приемных родителей, конфликтные эмоции.*

***Keywords:** traumatized children, psychological help, foster children, experiencing losses, psychological preparation of foster parents, conflict emotions.*

В настоящее время в Казахстане около 5000 детей-сирот и детей, лишившихся попечения родителей, проживают в организациях.

Долгий опыт функционирования детских домов показывает, что это тупиковая стратегия в воспитании детей, оставшихся без попечения родителей. Единственная семья, даже если это приемная семья, способна обеспечить ребенку любовь, заботу, необходимый опыт и навыки для успешной адаптации в мире взрослых. Однако простое перемещение ребенка в новую среду не всегда гарантирует благополучное развитие семейных отношений [1].

Характеристики приёмных детей связаны с их жизненным путём, который, хоть и короток, но полон потерь и страданий. Ребёнок, происходящий из счастливой семьи и ставший сиротой из-за трагических обстоятельств, редко оказывается в приёмной семье, так как чаще всего найдутся родственники, готовые взять его к себе. Однако в приёмных семьях часто попадают дети, серьёзно пострадавшие и лишённые какой-либо поддержки.

Дети, находящиеся в усыновленных семьях, представляют собой важную категорию среди детей с особыми потребностями. Их психологические особенности привлекают внимание и требуют особой заботы от общества, профессионалов и как от биологических, так и от усыновивших родителей.

Исследования демонстрируют, что у усыновленных детей могут возникать различные психологические особенности, обусловленные опытом детства, пережитым стрессом, изменением семейной динамики и прерыванием биологических связей. Одной из ключевых характеристик психологических особенностей усыновленных детей является сложность формирования личностной идентичности. При переходе из одной семьи в другую дети могут столкнуться с трудностями в поиске своего места в новом окружении, установлении принадлежности и осознании собственного прошлого [2].

Более того, отношения с биологическими и усыновительскими родителями, а также другими членами семьи, могут вызывать дополнительное напряжение у детей. Они могут переживать внутреннее расколотое состояние, конфликтные эмоции и затруднения в установлении устойчивых связей. Поэтому важно обеспечить усыновленным детям психологическую поддержку, помощь в преодолении травм и поддержку в приспособлении к новым условиям жизни.

Психологические особенности приёмных детей также могут проявляться в проблемах поведения, возникших в результате травм и стресса. Важно оказывать им психологическую помощь, помогая преодолеть эмоциональные и поведенческие трудности, обучая справляться со стрессом и конфликтами[3].

Эмоциональная сфера у приемных детей может быть сложной и иметь свои особенности из-за пережитых ими жизненных ситуаций, изменений в семейной структуре и переездов. Вот некоторые из потенциальных особенностей:

1. Травматический опыт: Многие приемные дети пережили травматические события в прошлом, такие как разлука с биологическими родителями, заброшенность, насилие или злоупотребление. Это может повлиять на их эмоциональное состояние и способность доверять другим.
2. Переживание потерь: Для многих приемных детей переезд в новую семью означает потерю родных людей, места и рутины. Это также может вызвать сложные эмоции, связанные с горем, потребностью в адаптации и освоении новой среды.
3. Привязанность и доверие: У приемных детей может быть затруднительно строить здоровые привязанности из-за предыдущего опыта разлуки и потерь. Они могут испытывать трудности в доверии другим и создании близких отношений.
4. Стремление к принятию: Приемные дети могут стремиться к принятию и включению в новую среду, но одновременно бояться отвержения или недостаточности.
5. Эмоциональная регуляция: Из-за пережитых травм и изменений приемные дети могут иметь трудности с регуляцией эмоций, что может выражаться через агрессивное поведение, тревожность или заторможенность.

Жизненные установки у таких детей проявляются через убеждения в стиле: «Мощь решает право»; «Лишь сам на себя можно рассчитывать»; «Никому я не нужен, и никто не нужен мне»; «За всё происходящее отвечаю только я». Хотя они не выражают эти мысли словесно, эти установки укоренились глубоко, на уровне подсознания. Дети из детских домов следуют этим принципам, которые показали свою действенность в тех суро-

вых условиях, где гуманные правила не имеют смысла. Отсюда их поведение, вызывающее трудности, и характер, который кажется неудобным. [4].

1. Более того, отношения с биологическими и усыновительскими родителями, а также другими членами семьи, могут вызывать дополнительное напряжение у детей. Они могут переживать внутреннее расколотое состояние, конфликтные эмоции и затруднения в установлении устойчивых связей. Поэтому важно обеспечить усыновленным детям психологическую поддержку, помощь в преодолении травм и поддержку в приспособлении к новым условиям жизни.
2. Дети, которых прежде пренебрегали или подвергали крайним ограничениям до того, как они попали в приемную семью, могут вызывать сильные эмоции и раздражение у новых родителей, кажется, будто это происходит умышленно. Одна из особенностей таких детей заключается в том, что они не могут распознать или оценить проявления заботы и внимания к себе через обычные, тонкие жесты. Они всегда нуждаются в выраженных проявлениях заботы со стороны других, особенно от важных взрослых. Если они кричат или проявляют агрессию, такие дети могут ошибочно считать, что это означает, что они замечены и, возможно, любимы. Однако отсутствие выраженных проявлений заботы со стороны взрослых может в их представлении означать: «Я не нужен».
3. Если биологические родители проявляли истеричные и крайне непоследовательные черты, у детей могут возникать сложности в различении и осознании собственных и чужих эмоций. У таких детей каждое чувство переживается с максимальной интенсивностью. Радость или любовь могут выражаться через крайний восторг или полное поглощение. Если что-то вызывает нарушение или напряжение, ребенок может мгновенно перейти к ярости или ощущать чрезмерное беспокойство и страх. Когда эти дети чувствуют себя виноватыми, ощущение вины полностью захватывает их, вызывая глубокую боль и страдание, разъедающая их изнутри.
4. Иногда дети могут воспринимать разрыв отношений с родителем как его предательство. Это происходит, если у ребёнка была глубокая привязанность и склонность к зависимым отношениям с этим человеком,

который внезапно прекратил контакт. Обычно такие дети становятся замкнутыми и очень трудно завоевывают их доверие. Их основной принцип — «не доверять никому».

5. В другом случае, дети, которые никогда не испытывали привязанности ни к кому, могли подвергаться физическому насилию и унижениям. Они рано осознали свою ничтожность и поняли, что выжить и добиться успеха возможно только через применение силы и власти. Для них принцип «право принадлежит сильнейшему» стал основой жизни. Первоначально такие дети могут показаться милыми и приятными приемным родителям, так как умело манипулируют эмоциями и скрывают свои истинные намерения. Однако со временем новые родители начинают видеть в своем ребенке эгоистичное поведение и потребительские черты, сталкиваясь с агрессией, грубостью и отсутствием желания принимать окружающих. Для таких детей не существует общепринятых правил и границ. Они готовы непреклонно двигаться к своим целям, не учитывая интересы и права других [4].
6. Многие дети, пережившие трудные ситуации, часто видят мир в чернотных тонах, что отражается в их характере, поступках и эмоциях. Для таких детей сложно почувствовать любовь, так как они не могут распознать ее за проявлениями обыденной заботы. Им также трудно понять, что их мама может быть раздражена, если она выражает свои чувства спокойно. Вместо этого они могут воспринимать взрыв ярости или физическую агрессию как сигнал неприязни со стороны родителя. Для таких детей проявление осознанного доверия кажется невозможным, потому что они убеждены, что даже небольшое доверие обязательно приведет к разрушению, катастрофе или полной потере всего.

Такое мышление приводит к отсутствию чувства устойчивости и предсказуемости в будущем. Как можно чувствовать себя спокойно, когда угроза кажется на каждом шагу? У ребенка могут проявляться черты характера, такие как подозрительность, изоляция, зависимость, застойность, чрезмерные эмоции и агрессия, в самой выраженной форме.

Значительные особенности в сфере воли у детей, находящихся на усыновлении, заслуживают внимания. С одной стороны, эти дети могут проявлять удивительное терпение и кажется, что не чувствуют боль. Они

спокойно переносят падения и удары, иногда даже не проявляя слез или жалоб, а иногда и вовсе не замечают их. Они могут сохранять равновесие даже в однообразных ситуациях и ожиданиях. Однако, когда это не противоречит их другим интересам, они могут длительное время заниматься одним и тем же, безразлично сидеть отдалённо от других, вызывая раздражение своей монотонной активностью.

С другой стороны, встречаются бесконечные запросы, капризы и эмоциональные вспышки, особенно в начальный период пребывания в новой семье, что может поставить усыновителей в тупик и вызвать у них отчаяние. Истерики чаще всего возникают там, где нет достаточного терпения и где от ребёнка требуется больше усилий для выполнения каких-либо задач или прекращения своих действий.

При наличии нарушений в воле у большинства детей-сирот наблюдается заметное снижение активности в области обучения. Почему тратить усилия на то, что не принесёт быстрых результатов? Где это может быть полезно и актуально прямо сейчас? Зачем браться за новые задачи, требующие непрерывного поиска разных методов, когда ряд проблем может быть решен привычными способами быстрее, эффективнее и экономичнее? Желание получить мобильный телефон может быть удовлетворено через требования к приемным родителям с помощью криков, угроз или шантажа, вместо того чтобы придерживаться договорённостей о завершении полугодия без плохих оценок ради получения телефона через несколько месяцев. С точки зрения ребёнка это кажется бессмысленным и слишком затратным по времени и усилиям. [5].

Кроме того, низкая успеваемость у детей из приёмных семей в школе связана с тем, что педагогическая поддержка оказывается недостаточной. Им намного сложнее догнать учебный материал, чем детям, которые не сталкивались с серьезными жизненными трудностями и развивались без проблем.

За годы выживания страдают и природные задатки. Часто бывает, что у приёмного ребёнка хорошо развиты образная и ассоциативная память, внимание, скорость реакции и другие психофизиологических свойства. Но, к сожалению, всё это — невостребованный потенциал, который ребёнок не научился грамотно использовать.

Сложности в обучении, в установлении отношений с другими людьми, непонимание и неприятие самого себя, страдания от собственных поступков — все эти аспекты наступают поверх базовых нарушений в способности доверять и испытывать любовь. Этот груз сложно исцелить и часто остаётся с человеком на протяжении его жизни, если он пережил детство, исполненное травмами. Для многих это выглядит как особенности характера или психики. На самом деле это заученные реакции на условия жизни, избежать которых было невозможно.

Психологические особенности у детей, принятых на воспитание, требуют особого внимания и поддержки от специалистов, родителей и общества в целом. Необходимо создать условия для психологической адаптации приёмных детей, обеспечивая им терапевтическую помощь и формирование стабильных отношений, чтобы упростить процесс интеграции в новую семью и общество.

Кроме того, важно осознавать, что у каждого приёмного ребёнка могут быть свои индивидуальные психологические особенности, связанные с его уникальным опытом, потребностями и личностными особенностями. Некоторые дети могут испытывать проблемы в области самооценки, доверия к окружающим, адаптации к новым условиям и формирования социальных навыков.

Важно также учитывать, что приёмные дети могут сталкиваться с травмой потери биологической семьи, а также переживать сложные эмоции и внутренние конфликты, связанные с процессом усыновления или удочерения. Это требует особого подхода со стороны психологов, социальных работников и воспитателей.

Создание благоприятной психологической среды для приёмных детей, включающей в себя эмоциональную поддержку, психологическую безопасность, включение в процессы принятия решений и участие в семейной жизни, играет важную роль в адаптации и развитии этих детей [6].

Таким образом, учёт психологических особенностей приёмных детей, предоставление им поддержки и создание благоприятной среды для их развития играют важную роль в успешной адаптации и интеграции этих детей в новую семью и общество в целом.

Конечно, важно также уделить внимание психологической подготовке приемных родителей и обеспечить им всю необходимую информацию и поддержку для работы с приемными детьми. Это включает в себя обучение навыками эмпатии, управлением стрессом, понимание особенностей психологического развития приемных детей и методы работы с ними.

Помимо этого, существует также потребность в создании общественного сознания и поддержки в отношении приемных семей, а также укреплении законодательства и социальной поддержки для таких семей.

Какими бы ни были психологические особенности приемных детей, важно осознавать их индивидуальность и уникальность. Каждый ребенок имеет свою историю и свой опыт, и поэтому необходимо подходить к ним с пониманием и эмпатией.

Список литературы

1. Новости Казахстана и мира [Электронный ресурс]. — URL: <https://www.zakon.kz>.
2. Воспитание и развитие детей в детском доме: хрестоматия / ред.-сост. Н. П. Иванова. М., 1996.
3. Мухина В.С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа // Лишенные родительского попечительства: хрестоматия. М., 1991б. С. 113–122.
4. Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Исследование психического развития младших школьников, воспитывающихся в закрытом детском учреждении // Лишенные родительского попечительства: хрестоматия. М., 1991б
5. Ослон В. Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. М., 2006
6. Основы психологии семьи и семейного консультирования: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / под общ. ред. Н. Н. Посысоева. М., 2004.

УДК 159.99

Психологическое сопровождение родителей приемных детей

Дауренбекова Асел Карибаевна

старший преподаватель Таразского регионального университета
имени М. Х. Дулати (Республика Казахстан, Тараз)

Акынова Гулшат Оразгалиевна

старший преподаватель Международного Таразского инновационного
института имени Ш. Муртазы (Республика Казахстан, Тараз)

Жаркинбаева Динара Сабитовна

преподаватель Международного казахско-турецкого университета
имени Х. А. Ясави (Республика Казахстан, Туркестан)

***Аннотация:** Статья посвящена теме оказания психологической поддержки родителям, принявшим решение усыновить или взять под опеку ребенка. В статье рассматривают психологические аспекты, с которыми сталкиваются приемные родители на различных этапах усыновления или установления опеки. Описываются особенности этого процесса, включая эмоциональную адаптацию, установление доверительных отношений, сопровождение детей с особенностями и стратегии поддержки семьи в разрешении возникающих трудностей. Предлагаются рекомендации психолога для приемных родителей в отношениях с детьми. Оно также подчеркивает важность роли психолога в оказании помощи и направлении для родителей, сталкивающихся с вызовами усыновления, и выделяет необходимость сознательной подготовки и поддержки семьи на этом пути, для обеспечения благополучия, как для ребенка, так и для новой семьи.*

***Abstract:** The article is devoted to the topic of providing psychological support to parents who have decided to adopt or take custody of a child. The article examines the psychological aspects faced by adoptive parents at various stages of adoption or guardianship. The peculiarities of this process are described, including emotional adaptation, establishing trusting relationships, accompanying children with special needs and strategies to support the family in resolving difficulties that arise. It offers the psychologist's recommendations for foster parents in their relationships with their children. It also emphasizes the importance of the psychologist's role in providing support and direction for parents facing the challenges of adoption and highlights the need to consciously prepare and support the family along the way, to ensure well-being for both the child and the new family.*

Ключевые слова: *психологическое сопровождение, приемные дети, приемные родители, эмоциональная адаптация, трудности в общении, психологическая травма, усыновление.*

Keywords: *psychological support, foster children, foster parents, emotional adaptation, communication difficulties, psychological trauma, adoption.*

Согласно данным статистики число случаев возврата усыновленных детей за последние пять лет в Казахстане возросло до 64%. Для таких родителей законом предусмотрена ответственность: возврат государству средств материальной помощи в размере 75 МРП, уплата алиментов и лишение возможности усыновления во второй раз. Такие случаи оказывают серьезное влияние на психическое здоровье ребенка. Почему так происходит? Как показывают исследования, приемные родители психологически не готовы к трудностям «приемного родительства» [1].

При принятии решения о принятии ребенка в семью и обращении в службу опеки возникают важные вопросы, связанные с необходимостью психологической поддержки семьи и помощи в выявлении и решении проблем, с которыми столкнутся будущие родители. Особое внимание уделяется определению готовности пары к усыновлению. Отдельно следует упомянуть особенности ситуаций, когда женщина выступает инициатором усыновления ребенка и пытается вовлечь супруга в эту идею. Важные вопросы, которые будут подробно рассмотрены на последующих этапах, необходимо учитывать уже на начальной стадии [2].

Чаще всего будущие родители, испытывающие страстное желание завести ребенка, не осознают важности глубокого и всестороннего общения с психологом. Они могут воспринимать это как вмешательство в личную жизнь или сложную административную процедуру, в то время как их запрос просто связан с усыновлением долгожданного ребенка.

Приемная семья представляет собой особый тип семьи, в которой родители и дети не связаны кровными узами, но связаны сильными эмоциональными узами. Переход ребенка из биологической семьи в новую, приемную, может стать для него серьезной психологической травмой. В связи с этим важную роль играет психологическое сопровождение, как родителей, так и самих детей в этом процессе [3].

Во время общения с психологом и другими специалистами супруги могут выражать недоумение по поводу того, почему «биологические» родители не проходят те же «экзамены» или собеседования для признания их родителями, как это предусмотрено для будущих усыновителей. Психолог помогает будущим родителям осознать истинное значение института приемных родителей, помогая им пройти эмоциональный путь до принятия решения о усыновлении. Он поддерживает процесс внутреннего осознания и осмысления выбора через использование фантазии и воображения, помогая представить себе будущее, где супруги находятся в особом эмоциональном контакте. Присутствие психолога необходимо для того, чтобы стать свидетелем этого пути и помочь воссоздать индивидуальную историю семьи. Он помогает понять, насколько супруги осознали свою готовность к выполнению родительских обязанностей, включая усыновление.

Проблемы психологического сопровождения родителей и опекунов приемных детей в Казахстане могут быть разнообразными и зависят от различных факторов. Вот несколько возможных аспектов, которые могут быть учтены при обсуждении данной проблемы [4]:

1. Недостаток информации и образования:

Родители и опекуны приемных детей могут сталкиваться с недостатком информации о спецификах воспитания и поддержки детей, особенно если это дети с трудной судьбой или особыми потребностями. Недостаток образования и подготовки в области приемного родительства может сказаться на психологической готовности родителей к семейным изменениям.

2. Отсутствие системы поддержки:

Не все родители и опекуны приемных детей имеют доступ к профессиональной поддержке, такой как консультации психологов или тренинги по приемному родительству. Необходимость в психологической поддержке может возникнуть как у родителей, так и у детей.

3. Стигматизация и общественное мнение:

Приемные семьи могут сталкиваться со стигматизацией и предвзятыми мнениями со стороны общества. Это может повлиять на психологическое благополучие родителей и детей, вызывая чувства изоляции и дискомфорта.

4. Сложности в установлении связи с приемными детьми:

Дети, пережившие трудные периоды в своей жизни, могут испытывать трудности в установлении доверительных отношений с новыми родителями. Родители могут сталкиваться с трудностями в понимании потребностей и эмоциональных переживаний приемных детей.

5. Недостаток программ поддержки для родителей:

Отсутствие программ и ресурсов для родителей и опекунов может стать преградой для успешного приспособления к новым семейным условиям. Недостаток поддержки может повысить риск для психологического здоровья и благополучия семей.

Для решения этих проблем может потребоваться комплексный подход, включая образовательные программы, доступ к психологической поддержке, создание сообщества для обмена опытом, а также работа с общественным мнением для преодоления стигмы вокруг приемного родительства.

Важно отметить, что психологическое сопровождение родителей и опекунов приемных детей играет ключевую роль в успешной адаптации детей в новой семье. Понимание особенностей этого процесса, поддержка и профессиональная помощь позволяют создать благоприятные условия для роста и развития приемных детей, формирования здоровой семейной идентичности и успешной адаптации к новым жизненным реалиям [5].

Психологическое сопровождение родителей и опекунов приемных детей представляет собой комплекс мероприятий, направленных на поддержку и содействие в адаптации ребенка в новой семье. Этот процесс включает в себя несколько этапов:

1. Предварительная подготовка. На этом этапе психологическое сопровождение включает информационную поддержку для родителей или опекунов, которая помогает им осознать особенности приемного ребенка и принять решение о принятии его в семью.
2. Содействие процессу принятия ребенка. На этом этапе психологическое сопровождение направлено на помощь родителям в установлении доверительных отношений с ребенком, создание благоприятного эмоционального и психологического климата в семье.
3. Развитие родительских навыков. В процессе взаимодействия с психологом родители и опекуны приобретают необходимые знания и навыки

по воспитанию и поддержке приемного ребенка, учатся эффективным стратегиям общения и разрешения конфликтов.

4. Поддержка в процессе адаптации. Психологическое сопровождение предполагает оказание поддержки и помощи в решении возникающих трудностей, поддержку в периоды кризисов и адаптационных изменений.
5. Закрепление результатов. На этом этапе основное внимание уделяется помощи приемным родителям в создании стабильной и здоровой атмосферы в семье, установлению прочных взаимоотношений между всеми членами семьи.

Каждый из этих этапов важен для успешной адаптации приемного ребенка в новую семью, и их последовательное проведение содействует созданию поддерживающей обстановки для развития здоровых отношений и благоприятной адаптации [6].

Кроме того, психологическое сопровождение при целенаправленной работе с приемными семьями может включать в себя такие аспекты, как консультирование, тренинги по развитию навыков родительской компетенции, поддержка в периоды кризисов и трудностей, а также помощь в построении здоровых взаимоотношений внутри семьи.

В Казахстане есть несколько организаций и учреждений, которые оказывают психологическое сопровождение в процессе усыновления. Некоторые из них:

1. «Солнечный Дом» — это неправительственная организация, которая занимается поддержкой усыновляющих семей. Они предоставляют консультации, обучающие программы и психологическую поддержку как усыновляющим семьям, так и усыновленным детям.
2. «БФ «Аккау» — благотворительный фонд, который также оказывает помощь и поддержку усыновляющим семьям. Они проводят консультации, обучающие семинары и предоставляют психологическую помощь.
3. «СОС детские села» — этот международный благотворительный фонд активно работает с детьми без попечения родителей и усыновляющими семьями. Они предоставляют не только психологическую поддержку, но и различные ресурсы для помощи в усыновлении и последующей адаптации [1].

Практические рекомендации для приемных родителей, предоставленных психологами:

1. Будьте терпеливыми и дайте время адаптации: Дети из приемных семей могут испытывать стресс из-за изменений в жизни. Дайте им время адаптироваться к новой обстановке, будьте терпеливы и поддерживайте их.
2. Установите четкие границы и правила: Важно создать структуру и ясные правила в семье, чтобы дети понимали ожидания и чувствовали себя в безопасности.
3. Обратите внимание на эмоциональные потребности: Будьте внимательны к эмоциональным потребностям детей. Постарайтесь создать поддерживающую и любящую атмосферу, где они могут выражать свои чувства.
4. Развивайте доверие и уважение: Для детей из приемных семей доверие может быть сложным аспектом. Постепенно стройте доверительные отношения и демонстрируйте уважение к их личным пространствам и мнениям.
5. Обратитесь за поддержкой: Не стесняйтесь обращаться за помощью и советом к специалистам — психологам, консультантам по приемному родительству. Они могут предоставить полезные стратегии и поддержку.
6. Обучение и понимание особенностей приемных детей: Изучайте и понимайте возможные особенности поведения и эмоциональных реакций детей из приемных семей. Это поможет более эффективно поддерживать их.
7. Помните об индивидуальности: Каждый ребенок уникален. Учитывайте их индивидуальные потребности, интересы и способности.
8. Поддержка семейных отношений: Поддерживайте связь с биологическими родителями (если это возможно и безопасно для детей). Это может быть важным для их эмоционального благополучия.
9. Образование и саморазвитие: Постоянно обучайтесь и развивайтесь как приемные родители. Это поможет вам лучше понимать и поддерживать детей.
10. Любовь и забота: Не забывайте, что самое важное для детей — это чувство любви и заботы. Ваше понимание, терпимость и забота — важнейшие факторы для их благополучия [7].

Нужно помнить, что каждая семья уникальна, и подход может различаться в зависимости от потребностей и особенностей каждого приемного ребенка. Статус приемных родителей не полностью заменяет роль биологических родителей, однако для них становится неважным, появился ли ребенок в результате беременности или усыновления. На этапе подготовки к приему ребенка и после него приемные родители и семья в целом нуждаются в помощи психолога для нахождения ответов на множество важных вопросов.

Список литературы

1. Новости Казахстана и мира [Электронный ресурс]. — URL: <https://www.zakon.kz>.
2. Приемная семья: психологическое сопровождение и тренинги /М. Ю. Лобанова [и др.]. СПб.: Речь, 2007.
3. Овчарова Р. В. Психология родительства. М., 2005.
4. Ослон В. Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. М., 2006.
5. Ослон В. Н. Проблемы сопровождения замещающей семьи // Детский дом. 2008. № 29 (4). С. 22–30.
6. Ослон В. Н. Технологии подбора, подготовки и сопровождения семей, принявших детей на воспитание: метод. пособие. М., 2010.
7. Основы психологии семьи и семейного консультирования: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под общ. ред. Н. Н. Посысоева. М., 2004.

УДК 159.9

Психологическое исследование проявления синдрома выученной беспомощности в студенческой среде

Гутова Тамара Сергеевна

доцент кафедры Философии, психологии и педагогики Кубанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Манжула Дмитрий Игоревич

студент Лечебного факультета Кубанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кудряшов Михаил Евгеньевич

студент Лечебного факультета Кубанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

***Аннотация:** Данная статья посвящена исследованию проявления синдрома выученной беспомощности у студентов различных направлений. В рамках нашей работы проведено эмпирическое исследование, направленное на диагностику синдрома выученной беспомощности у студентов педагогического и медицинского вузов. В результате проведенного эмпирического исследования установлено, что студенты-медики демонстрируют более выраженное проявление синдрома выученной беспомощности по сравнению с ребятами, обучающимися на гуманитарных направлениях. Кроме этого, нами была установлена разница в проявлении данного феномена у студентов 2 и 4 курсов обучения.*

***Abstract:** This article is devoted to the study of the manifestation of the learned helplessness syndrome in students of different directions. As part of our work, we conducted an empirical study aimed at diagnosing the learned helplessness syndrome in students of pedagogical and medical universities. As a result of the conducted empirical study it was established that medical students demonstrate a more pronounced manifestation of the learned helplessness syndrome in comparison with those studying in the humanities. In addition, the authors have established the difference in the manifestation of this phenomenon in students of the 2nd and 4th years of study.*

***Ключевые слова:** синдрома выученной беспомощности, студенты педагогического и медицинского вузов, учебный процесс, диагностика синдрома выученной беспомощности, методика Джеффри Янг.*

Keywords: learnt helplessness syndrome, students of pedagogical and medical universities, educational process, diagnostics of learnt helplessness syndrome, Jeffrey Young methodology.

Введение: согласно научным исследованиям, синдром выученной беспомощности интерпретируется как феномен, который до недавнего времени в большинстве случаев являлся объектом исследования западных психологов и психиатров, формирующийся в детском возрасте в определенной социальной ситуации развития, которая распространяется на большинство областей проявления человеческой психики.

Следует отметить, что выученная беспомощность как психологический феномен активно изучается в зарубежной психологии с 1970-х гг. (М. Селлигман [3,4], Л. Абрамсон и др. [1], Дж. Овермайер [1], К. Петерсон др. [1], Д. Хирото [1], в отечественной психологии ее изучение ведется в рамках исследований Д. А. Циринг [1], Е. В. Веденеевой [2], Ю. В. Яковлевой [2], Н. В. Солнцевой [2] и др.

В более современных исследованиях специфика проявления синдрома выученной беспомощности представлена изменениями в мотивационной сфере, а именно в ее эмоциональной, когнитивной и волевой сфере.

В связи с этим, компонентами личностной беспомощности являются мотивационный, когнитивный, эмоциональный и волевой компоненты, неразрывно связаны между собой. В частности, более низкий уровень развития волевых качеств личности при выученной беспомощности обусловлен тем, что когнитивные особенности, характеризующие личностную беспомощность, затрудняют постановку целей, поскольку учет последствий оказывается искаженным в связи с пессимистическим атрибутивным стилем, снижением креативности, ригидностью мышления.

Например, ученики или студенты, обучающиеся в различных образовательных учреждениях нередко сталкиваются с проблемами, связанными с неполучением успеха в той или иной деятельности, хотя имеющие достаточно высокий уровень интеллектуального развития по причине безразличия, пассивности, которые сочетаются со страхом перед любыми трудностями или неудачами. Обстоятельства, при которых подростки испытывают даже самые малые сложности, влияют на то, что обучаю-

щиеся испытывают когнитивные нарушения, нередко у них можно заметить депрессивные эпизоды. Также, различные соматические заболевания ребенка могут отягощать психологический статус, вследствие чего, можно сделать вывод о том, что статус здоровья коррелирует со способностью преодолеть трудности и развитию синдрома “выученной беспомощности”. Многие иностранные исследования говорят о том, что подростки, которым присущ феномен “выученной беспомощности”, испытывают проблемы с мыслительными процессами, умственными способностями. Такие дети могут демонстрировать девиантное поведение, которое характеризуется повышенной раздражимостью, вспышками агрессии, пониженной самооценкой и т.д. [1,2,3]. Беспомощность становится неотъемлемым качеством, которое приобретает в течение жизнедеятельности. В итоге, социум делится на две совершенно разные категории людей, достигших зрелого возраста: одни — всецело рассчитывают на навыки и возможности, имеют стойкое мировоззрение, несут ответственность за свои поступки, понимают жизнедеятельность как процесс саморазвития, который им подконтролен; вторые — перекладывают собственные обязательства на социум, основываясь на личной беспомощности.

Открытая Мартином Селигманом еще в середине 1960-х годов XX века «выученная беспомощность» ныне связывается с формой реагирования на систематические неудачи через клиническую депрессию взрослых, особенности поведения детей в рамках классно-урочной системы и даже бывает причислена к разряду факторов, детерминирующих высокий уровень смертности в домах ребенка и стационарах [3,4].

Данный феномен проявляется демонстрацией нехватки в трех основных сферах личности: мотивационной (неспособность действовать активно, инициировать деятельность), когнитивной (ограниченность возможности научиться противодействию, противостоянию негативной тенденции и не переносить отрицательный опыт на другие сферы жизнедеятельности), эмоциональной (стресс, фрустрация, подавленность, депрессия), что является следствием безуспешности активности.

Цель работы: изучить проявление синдрома выученной беспомощности у студентов педагогического и медицинского вузов и сравнить выраженность данного феномена у обучающихся на 2 и 4 курсе.

Гипотеза исследования: синдром выученной беспомощности более выражен у студентов-медиков по сравнению со студентами гуманитарных направлений, обучающихся на 2 и 4 курсе.

Методы и методики исследования: для определения выраженности синдрома выученной беспомощности в нашем исследовании мы использовали методику Джеффри Янг, с помощью которой мы определяли степень выраженности выученной беспомощности у студентов 2 и 4 курса разных университетов.

Результаты и обсуждение: В нашем исследовании приняли участие 140 студентов Кубанского Государственного Университета и 140 студентов Кубанского Государственного Медицинского Университета. В результате проведения теоретического анализа литературы и эмпирического исследования было установлено, что такой феномен как “выученная беспомощность” одинаково характерен для обучающихся педагогического и медицинского университетов. Однако, при более детальной интерпретации мы получили следующие выводы:

1. Общее количество студентов, принявших участие в тестировании составило 280 человек, из них по 140 из каждого университета. Средний результат у обоих высших учебных заведений, который показывал склонность к подверженности синдрому “выученной беспомощности” являлся ответ “да” и он составил около 20%, что примерно равняется 8 ответам из 40.
2. Также, по результатам тестирования, мы выявили интересную закономерность. У студентов, приближающихся к выпуску изучаемый феномен, проявляется чаще, нежели у студентов, недавно начавших свое обучение. У 2 курса медицинского и педагогического университетов итог был 19,9% и 18,29% ответов “да” соответственно, а у 4 курсов результатами стало 20,3% и 20,03%. Таким образом, мы можем видеть, что старшие студенты более подвержены синдрому “выученной беспомощности”, нежели младшие.
3. Студенты медицинского и педагогического университетов примерно в половине случаев (52,14% и 48,57% соответственно) подвержены синдрому “выученной беспомощности”, так как студенты набрали количество баллов от 5 до 15. Также, были получены результаты “под-

твержденных случаев” данного феномена, то есть, это обучающиеся, набравшие 15 баллов и выше в результате тестирования. Итоговое количество таких студентов от КубГМУ составило 15% и от КубГУ 15,71%.

4. В результате тестирования, были отмечены следующие особенности поведения, которые могут привести паттерну беспомощности: 62,7% студентов КубГМУ и 50% КубГУ часто надеются в душе, что близкие им люди смогут помочь в случае различных проблем или непредвиденных ситуаций. Также, 43,8% и 36,8% обучающихся в медицинском и педагогическом вузах соответственно ответили, что избегают отстаивать собственное мнение и не могут обосновать его другим людям.
5. Практически половина студентов “убивает время онлайн” (40,9% КубГМУ и 49,1% КубГУ); с небольшой разницей в ответах, обучающиеся ленятся выполнять обыденные бытовые вещи: глажка белья, мытьё посуды, выбрасывание мусора и т.д. (33,1% КубГМУ и 34,2% КубГУ).
6. Результаты, которые были получены по окончании исследования, показали, что существует необходимость получения психологической помощи студентам младших и старших курсов для формирования самостоятельности, личностного мировоззрения и понимания жизнедеятельности как процесса саморазвития. Все эти факторы помогут студенту обрести и развить психологическую автономию, которая приведет не к формированию беспомощности обучающегося, а к построению собственной зрелой личности и здоровых взаимоотношений с коллегами и, в целом, в обществе.

Список литературы

1. Веденева Е. В. Взаимосвязь мотивационного компонента личностной беспомощности и ведущей деятельности на разных возрастных этапах // Вестник Томского государственного университета.— 2009.— № 322. — С. 186–189.
2. Давыдова Е.С. К вопросу исследования особенностей структуры беспомощности-самостоятельности в младшем школьном возрасте с разной степенью ее выраженности // Материалы общероссийской электрон-

- ной научной конференции на основе Интернет-форума. — Красноярск, 2009. — e-conf.nkras.ru/konferencii/2009/Davydova.pdf.
3. Ромек В. Г. Теория выученной беспомощности Мартина Селигмана // Журнал практического психолога. — 2000. — № 3–4. — С. 218–235. 13.
 - Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — СПб., 2001. — 705 с.
 4. Селигман М. Новая позитивная психология: научный взгляд на счастье и смысл жизни. — М.: «София», 2006. — 368 с.

УДК 159.9

Индивидуально-личностные детерминанты синдрома эмоционального выгорания

Гутова Тамара Сергеевна

доцент кафедры Философии, психологии и педагогики
Кубанского государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сидоренко Анастасия Игоревна

студент Педиатрического факультета
Кубанского государственного медицинского университета
Министерства здравоохранения Российской Федерации

***Аннотация:** В статье рассматривается вопрос о влиянии индивидуально-личностных факторов на развитие синдрома эмоционального выгорания. Авторы указывают на актуальность данной проблемы, отмечая, что современная жизнь часто ставит людей перед стрессовыми ситуациями, которые могут привести к эмоциональному и физическому истощению.*

***Abstract:** The article deals with the influence of individual and personal factors on the development of emotional burnout syndrome. The authors point out the relevance of this problem, noting that modern life often puts people in front of stressful situations that can lead to emotional and physical exhaustion.*

***Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, стресс, хроническая усталость, профессиональные стрессоры.*

***Keywords:** emotional burnout syndrome, stress, chronic fatigue, professional stressors.*

Эмоциональное выгорание — это прогрессирующее эмоциональное истощение, психологический защитный механизм, проявляющийся в полной или частичной эмоциональной глухоте в ответ на психотравмирующие факторы [1].

Это профессиональное заболевание учителей, врачей, социальных работников, журналистов и других людей, чья работа невозможна без общения [2].

Симптомы синдрома эмоционального выгорания можно разделить на группы

Физические симптомы — это симптомы, при которых люди испытывают дискомфорт, думают, что у них серьезное заболевание, и вынуждены обращаться к специалистам. Часто пациенты ходят от одного врача к другому, проходят тщательное обследование, но причина их болезни не выявляется. К ним относятся бессонница, физическая усталость, слабость, тошнота, головокружение, головная боль, одышка, повышение артериального давления.

Эмоции — это может быть эмоциональная ригидность (отсутствие эмоциональной экспрессии, одиночество) или яркая эмоциональная экспрессия (истерики, агрессия, «душевное расстройство», повышенная тревожность даже по пустяковым поводам). Интроверты уходят в себя и замыкаются в себе. Если клиент — ярко выраженный экстраверт, то эмоциональная экспрессия может быть яркой и даже чрезмерной. Существует прямая зависимость между типом темперамента и степенью эмоционального выгорания. Люди с холерическим или меланхолическим темпераментом более склонны к этому синдрому, чем люди с сангвиническим или флегматическим темпераментом.

Поведенческие — это изменения в поведении человека, которые могут быть замечены окружающими. К поведенческим симптомам относятся отказ от еды; чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков и табака, усталость на работе (даже в начале рабочего дня или при небольшой нагрузке); провоцирование несчастных случаев на производстве; импульсивное поведение на работе и дома.

Интеллектуальные — это симптомы, проявляющиеся в потере интереса к новому, личностному развитию, прежним интересам, общению, посещению образовательных семинаров и тренингов и т.д.

Социальные — симптомы, проявляющиеся в изоляции от коллектива, потере интереса к увлечениям. Они не чувствуют понимания и поддержки со стороны близких людей, теряют связь с друзьями и родственниками [3].

Синдром эмоционального выгорания является комплексным состоянием, которое возникает у индивидуума в результате тревожности, фрустрации и длительного стресса, связанного с его профессиональной деятельностью. Однако, наряду с внешними факторами, существуют и внутренние, индивидуально-личностные детерминанты, которые способствуют развитию этого синдрома [3].

Одной из главных индивидуально-личностных детерминант является высокий уровень самоофективности. Люди, которые оценивают свои способности и возможности низко, более подвержены эмоциональному выгоранию. Это связано с тем, что низкая самоофективность сопровождается чувством беспомощности и отсутствием контроля над происходящим. Это, в свою очередь, усиливает стресс, что может привести к развитию синдрома эмоционального выгорания.

Также значительное влияние на развитие синдрома оказывает индивидуальный стиль взаимодействия со стрессовыми ситуациями. Люди, которые не умеют адаптироваться к неблагоприятным обстоятельствам, склонны переживать стресс более интенсивно. Они не способны эффективно справляться с проблемами и быстро истощают свои эмоциональные ресурсы. Высокая склонность к перфекционизму также может являться негативным детерминантом синдрома, так как постоянная неудовлетворенность собственными достижениями может привести к эмоциональному истощению.

Необходимо также упомянуть о влиянии индивидуальной мотивации на развитие синдрома. Люди, чьи профессиональные ценности и цели не соответствуют их реальной деятельности, подвержены высокому риску эмоционального выгорания. Отсутствие смысла в своей работе и постоянное чувство недовольства результатами могут привести к деперсонализации, апатии и чувству беспомощности.

Обширный опыт и высокий профессиональный статус, хотя и могут дать некоторую защиту от синдрома эмоционального выгорания, также могут стать факторами риска. Высокие требования к себе и постоянное

стремление к самосовершенствованию, характерные для профессионалов, могут привести к перегрузке и истощению ресурсов организма.

Выгорание как процесс характеризуется тем, что развивается постепенно, без осознания человеком, а его симптомов проявляются через несколько лет. При анализе начала выгорания выявляется сильная зависимость от работы, приводящая к отчаянию. Отсюда можно выделить первые, важные моменты симптомы выгорания.

Первый симптом выгорания возникает в результате несоответствия между личным вкладом и получаемым или ожидаемым вознаграждением в профессиональной деятельности, что является основным смыслом человека.

Развитие выгорания как синдрома проходит через следующие стадии:

1. Эмоциональное истощение (чувство нехватки энергии, пустоты и упадка сил для работы).
2. Деперсонализация (потеря чувствительности по отношению к другим, циничное или негативное отношение к работе).
3. Снижение профессиональной эффективности и самооценки, обесценивание собственных достижений (чувство напрасной траты времени и сил) [1].

Выгорание в современном обществе проявляется не только в профессиональной сфере, но и в различных областях человеческой жизни. Профессиональное выгорание на рабочем месте сопоставимо с выгоранием в академической среде. Эмоциональное выгорание перестало быть излюбленной характеристикой работающих людей и все чаще встречается у студентов. Некоторые утверждают, что истоки эмоционального и профессионального выгорания можно проследить еще во времена учебы в университете и даже в школе[4].

Итак, индивидуально-личностные детерминанты синдрома эмоционального выгорания имеют решающее значение в развитии этого состояния. Личностные особенности, такие как самоэффективность, стиль взаимодействия со стрессовыми ситуациями, мотивация и профессиональный статус, играют ключевую роль в возникновении и прогрессировании синдрома. Однако, стоит помнить, что каждый человек уникален, и наличие этих детерминант необязательно гарантирует развитие эмоционального выгорания — они лишь определяют предрасположенность к нему.

Список литературы

1. Бойко В. В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении. — СПб.: Питер, 1999. — 382 с.
2. Макарова Г. А. Синдром эмоционального выгорания. — М.: Просвещение, 2009. — 432 с.
3. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. — М.: Прогресс, 1982. — 281 с.
4. Безносов С. П. Профессиональная деформация личности. — СПб: Речь, 2009. — 272 с.с.

УДК 159.9

Депрессивно-тревожное расстройство: сущность и симптомы

Екимова Наталия Вячеславовна

студент Педиатрического факультета Кубанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цымлякова Екатерина Денисовна

студент Педиатрического факультета Кубанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

Степанкова Надежда Андреевна

студент Педиатрического факультета Кубанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации

***Аннотация:** Депрессивно-тревожное расстройство (ДТР) является распространенным психическим заболеванием, влияющим на физическое и эмоциональное благополучие. Эта научная статья предоставляет подробное описание ДТР, его диагностики и лечения, а также рассматривает влияние данного расстройства на жизнь пациентов. Важное внимание уделяется пониманию и различию между депрессией и тревожностью, а также тому, как они могут сочетаться в рамках ДТР. Ключевые аспекты, такие как симптомы и факторы риска, подробно освещаются в статье.*

Abstract: *Depressive-anxiety disorder (DAD) is a common mental illness affecting physical and emotional well-being. This research article provides a detailed description of DAD, its diagnosis and treatment, and examines the impact of this disorder on patients' lives. Important attention is paid to understanding and distinguishing depression and anxiety, and how they can combine within DAD. Key aspects such as symptoms and risk factors are covered in detail.*

Ключевые слова: *депрессивно-тревожное расстройство, психическое заболевание, диагностика, симптомы, ДТР, поддержка.*

Keywords: *depressive-anxiety disorder, mental illness, diagnosis, symptoms, DTR, support.*

Введение

Депрессивно-тревожное расстройство (ДТР) — это психическое расстройство, которое на протяжении долгого времени привлекает внимание исследователей и практиков психиатрии и психологии. ДТР является сложным и многогранным состоянием, объединяющим симптомы депрессии и тревожности, и его история изучения отражает эволюцию нашего понимания психических расстройств [1].

Истоки исследования ДТР могут быть прослежены в исторических работах по депрессии. Термин «депрессия» имеет давние корни в медицинской и психологической литературе и был использован для описания состояний душевного угнетения и пониженного настроения на протяжении многих столетий. Однако, в начале 20-го века, французский психиатр Эмиль Краепелин ввел более систематический подход к изучению депрессии и предложил классификацию психических расстройств, что явилось важным шагом в истории психиатрии.

С другой стороны, тревожность также была объектом исследований в разные исторические периоды, принося вклад физиологов и психологов, таких как Иван Павлов и Ханс Зайсер, которые способствовали нашему пониманию физиологии и психологии тревожности.

С течением времени стало очевидным, что депрессия и тревожность могут сопровождать друг друга и часто встречаются в одном и том же пациенте. Это привело к концепции ДТР, как комбинированного расстройства, которое объединяет симптомы депрессии и тревожности. Современные исследования в области нейробиологии, генетики, психологии

и клинической медицины продолжают расширять наше понимание этого расстройства и разрабатывать эффективные методики его диагностики и лечения. [2].

В данной статье будут рассмотрены сущность и симптомы ДТР, факторы, способствующие его возникновению, методы диагностики и лечения, а также влияние этого расстройства на качество жизни пациентов. Мы также обсудим последние тенденции и исследования в этой области, предостерегая читателей от стигматизации психических расстройств и подчеркивая важность понимания и поддержки людей, страдающих от ДТР.

Депрессивно-тревожное расстройство (ДТР) представляет собой психическое расстройство, которое характеризуется сочетанием депрессивных и тревожных симптомов. Подобные симптомы могут проявляться различными способами у разных пациентов, и это обстоятельство делает ДТР психическим расстройством, требующим индивидуального подхода к диагностике и лечению.

Депрессивные симптомы включают в себя глубокую печаль, апатию и потерю интереса к повседневным активностям. Человек, страдающий от ДТР, может чувствовать усталость, потерю аппетита и изменения в весе. Кроме того, у него может возникнуть бессонница или, наоборот, гиперсомния. Низкая самооценка и чувство бесполезности — это также распространенные симптомы депрессии [2].

Симптомы тревожности в контексте ДТР могут включать постоянное беспокойство, нервозность, и боязнь. Пациенты могут испытывать непровольные мысли, которые приводят к беспокойству и панике. Именно комбинирование этих симптомов делает ДТР настолько сложным для диагностики и лечения.

Причины появления ДТР

ДТР — это сложное психическое расстройство, и его появление может зависеть от разных факторов. Научные исследования показывают, что существуют различные возможные причины и рисковые факторы, которые могут способствовать развитию этого расстройства [3].

1. Генетический фактор: Наследственность играет важную роль в появлении ДТР. Если у члена семьи было ДТР, вероятность развития этого расстройства у других членов семьи может быть выше. Генетические факторы

могут влиять на химические процессы в мозге, что делает некоторых людей более подверженными депрессии и тревожности.

2. Нейрохимический дисбаланс: ДТР может быть связано с неравновесием нейрохимических веществ в мозге, таких как серотонин, норадреналин и дофамин. Эти нейромедиаторы играют важную роль в регуляции настроения, и изменения в их уровнях могут вызвать симптомы ДТР.

3. Стресс и травмы: Опыт сильного стресса, особенно в детстве или в ранние периоды жизни, может увеличить риск развития ДТР. Эмоциональные, физические или психологические травмы могут оставить глубокие следы и способствовать появлению симптомов.

4. Социокультурные факторы: Факторы, связанные с окружающей средой и культурными особенностями, также могут играть роль в возникновении ДТР. Стремление к успеху, социальное давление, экономические трудности, и даже стигма вокруг психических расстройств могут усугубить симптомы и привести к расстройству.

5. Сопутствующие заболевания: ДТР может сопровождать другие медицинские состояния, такие как хронические боли, болезни сердца или диабет. Эти состояния могут ухудшить симптомы ДТР и усложнить его лечение.

Важно отметить, что ДТР может возникать в результате комбинации нескольких факторов. Понимание возможных причин появления этого расстройства помогает не только в его диагностике, но и в разработке более эффективных стратегий лечения и поддержки для пациентов [4].

Диагностика ДТР

Диагностика ДТР является многогранным исследовательским процессом. При первом обращении врачи и психологи проводят детальное собеседование с пациентом, чтобы выяснить историю заболевания, симптомы и факторы, которые могли бы спровоцировать расстройство. Важно исключить другие медицинские или психические причины, которые могли бы подразумевать похожие симптомы. Психологические тесты и анкеты также применяются для уточнения диагноза [5].

Одним из ключевых аспектов в диагностике ДТР является определение того, насколько сильно симптомы воздействуют на жизнь пациента и его способность функционировать в обществе.

Влияние ДТР на Жизнь Пациентов

ДТР может оказать глубокое воздействие на пациентов, охватывая различные аспекты их жизни. Это расстройство может привести к социальной изоляции, что сильно ухудшает качество жизни. Пациенты могут столкнуться с трудностями в образовании и работе, так как симптомы ДТР влияют на концентрацию и мотивацию. Поддержка со стороны близких и специалистов играет важную роль в процессе лечения и адаптации к жизни с ДТР [7].

Выводы

1. ДТР как комплексное расстройство: Депрессивно-тревожное расстройство (ДТР) представляет собой психическое расстройство, характеризующееся симптомами и депрессии и тревожности. Это состояние создает значительное негативное воздействие на пациентов, влияя на их физическое и эмоциональное состояние.
2. Множество факторов риска: Существует множество факторов, способствующих возникновению ДТР, включая генетические предрасположенности, нейрохимические дисбалансы, стресс и травмы, а также социокультурные воздействия. Понимание этих рисков факторов имеет важное значение для диагностики и лечения.
3. Диагностика и оценка: Диагностика ДТР требует внимательного анализа симптомов пациентов и учета их медицинской и психологической истории. Стандартизированные инструменты и шкалы могут помочь в установлении точного диагноза.
4. Лечение и поддержка: Лечение ДТР включает в себя различные методы, включая фармакотерапию, психотерапию и изменение образа жизни. Важно, чтобы пациенты получали индивидуальный подход и поддержку, которая поможет им справиться с расстройством.
5. Значение исследований и снижение стигмы: Исследования в области ДТР имеют огромное значение для развития более эффективных методов диагностики и лечения. Кроме того, важно снижать стигму, связанную с психическими расстройствами, чтобы обеспечить пациентов более дружелюбным и поддерживающим окружением.

В заключение стоит сказать, что изучение и понимание депрессивно-тревожного расстройства имеют огромное значение для практической медицины и заботы о психическом здоровье. ДТР является расстройством, которое можно успешно лечить и управлять с помощью различных методов, включая фармакотерапию, психотерапию, и изменение образа жизни. Важно, чтобы пациенты и их близкие были осведомлены о возможных методах лечения и получили поддержку, которая поможет им справиться с ДТР.

Кроме того, существенно поддерживать исследования в этой области, так как это поможет разработать более эффективные методы диагностики и лечения, а также снизить стигму, связанную с психическими расстройствами. Развивая наши знания о ДТР, мы можем создать более заботливое и внимательное общество, которое понимает и поддерживает тех, кто страдает от этого расстройства.

Список литературы

1. Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health, 29*, 115–129.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
3. Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Allgulander, C., Bandelow, B., den Boer, J. A., ... & Wittchen, H. U. (2014). Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology, 28(5)*, 403–439.
4. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36(5)*, 427–440.
5. National Institute of Mental Health. (2021). *Anxiety Disorders*. [Online] <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>
6. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM–V. *Psychiatric Clinics, 32(3)*, 483–524.

7. Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532–538.

УДК 159.9

Жизнестойкость участников буллинга в образовательной среде

Тригубова Анастасия Андреевна

магистрант факультета Психологии и педагогики
Алтайского государственного педагогического университета

***Аннотация:** В данной статье изложены и обоснованы проблемы формирования жизнестойкости участников буллинга. А именно, особенности проявления жизнестойкости у подростков и то, при каких условиях становление достаточного уровня жизнестойкости позволит противостоять явлению буллинга в подростковой среде.*

***Abstract:** This article outlines and substantiates the problems of formation of resilience of bullying participants. Namely, the peculiarities of resilience in adolescents and under what conditions the formation of a sufficient level of resilience will allow resisting the phenomenon of bullying in the adolescent environment.*

***Ключевые слова:** жизнестойкость, буллинг, образовательная среда, подросток.*

***Keywords:** vitality, bullying, educational environment, teenager.*

На сегодняшний день в современном обществе наиболее актуальными и востребованными являются вопросы жизнестойкости и психологического благополучия подростков, поскольку эти феномены играют ключевую роль в вопросах развития гармоничной личности, способной противостоять различного рода деструктивным формам поведения.

В системе образования лиц подросткового возраста часто относят к группам риска по самоповреждающему поведению, по употреблению ПАВ, по распространению школьного насилия и т. п., в связи с чем осо-

бый интерес представляет и взаимосвязь данных структур с теми формами поведения, которые человек использует в стрессовой ситуации, и которые помогают справиться со стрессом.

Несмотря на то, что проблему буллинга в образовательной среде специалисты разных областей находят острой и актуальной, мы отмечаем недостаток научно обоснованной информации о данном явлении.

В нашей стране мы отмечаем исследования, проведенные И. Б. Ачитаевой, О. Л. Глазман. Среди отечественных психологов в своих публикациях проблему буллинга раскрывают также В. И. Вишневская, И. С. Кон, Д. А. Кутузова, О. Маланцева, А. А. Стрельбицкая, Е. И. Файнштейн. Проблему буллинга за рубежом разрабатывают такие авторы как С. М. Aroga, V. Besag, R. Hazler, K. Kwak, C. Lee, D. Olweus, K. Rigby, E. Roland, P. T. Slee и др.

Проблема исследования заключается в поиске условий, при которых формирование достаточного уровня жизнестойкости позволит противостоять явлению буллинга в подростковой среде.

Цель работы — выявить особенности проявления жизнестойкости у подростков — участников буллинга в образовательной среде.

В исследовании приняли участие ученики 10-х классов в количестве 100 человек в возрасте 15–16 лет, 43 мальчика, 57 девочек. В исследовании была применена периодизация психического развития Д. Б. Эльконина: старший подростковый возраст (15–17 лет).

Тестирование было организовано в групповой форме и включало в себя две методики:

1. Методика на выявление буллинг-структуры Норкиной Е.Г.
2. Тест жизнестойкости (С.Мадди в адаптации Д.Леонтьева).

Этапы эмпирического исследования:

- Этап 1. Методологическое и теоретическое обоснование исследования, определение предмета и объекта, постановка научной гипотезы, цели и задач исследования.
- Этап 2. Построение плана исследования, определение изучаемых явлений, подбор методов и выдвижение экспериментальных гипотез.
- Этап 3. Организация исследования и сбор эмпирического материала.
- Этап 4. Качественная и количественная обработка данных.

- Этап 5. Обсуждение и интерпретация данных.
- Этап 6. Формулировка выводов, подтверждающих или опровергающих гипотезы.

Представим обоснование выбранных методик исследования. Методика на выявление буллинг-структуры Норкиной Е.Г. определяет роли и позиций, занимаемые в буллинге. Данный тест предназначен для подростков. По итогам диагностики в соответствии с классификацией О. Л. Глазман класс разделяется на: инициаторов (обидчиков), помощников инициатора, защитников «жертв», жертв и наблюдателей (свидетелей).

Тест жизнестойкости (С.Мадди в адаптации Д.Леонтьева) представляет собой адаптацию опросника Hardiness Survey, разработанного американским психологом Сальваторе Мадди. Личностная переменная hardiness (жизнестойкость) характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности.

Шкалы теста:

- Вовлеченность.
- Контроль.
- Принятие риска.

Обработку и графическое представление данных осуществляли с помощью компьютерных программ SPSS 17 (IBM) и Microsoft Office Excel 2017.

Для количественных величин рассчитаны выборочные параметры описательной статистики: среднее арифметическое, стандартное отклонение, минимум, максимум, медиана, первый и третий квартили.

Значения качественных величин представлены в виде наблюдаемых частот и долей (процентов). Для долей рассчитаны границы доверительных интервалов для доверительной вероятности 95% (ДИ 95%) по методу Вильсона.

Для сравнения количественных величин использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни для независимых выборок.

Для сравнения качественных признаков использовали критерий χ^2 Пирсона для четырехпольных таблиц сопряженности. При наличии малых частот (от 5 до 10) использовали поправку Йейтса на непрерывность.

При частотах меньше 5 использовали точный метод Фишера для четырехпольных таблиц сопряженности.

Для оценки влияния группирующей переменной (стратегии буллинга) на шкалы жизнестойкости использовали однофакторный дисперсионный анализ.

Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$, где p — вероятность ошибки первого рода при проверке нулевой гипотезы. Во всех случаях использовали двусторонние варианты критериев.

Первым этапом исследования стало изучение буллинг-структуры по методике Норкиной Е. Г. Результаты исследования представлены в таблице.

Таблица 1. Изучение буллинг-структуры по методике Норкиной Е.Г

Статистические Параметры	Инициатор (И)	Помощник (П)	Защитник (З)	Жертва (Ж)	Наблюдатель (Н)
Частота, m	19	21	23	16	21
Доля, %	19,0	21,0	23,0	16,0	21,0
Нижняя граница ДИ95%	12,5	14,2	15,8	10,1	14,2
Верхняя граница ДИ95%	27,8	30,0	32,2	24,4	30,0

По данным таблицы видно, наибольшее число подростков, согласно анкетированию, являются защитниками (23%). В тоже время были выявлены 19 подростков, которые могут быть инициаторами в буллинге и 21 подросток их помощники. Роль наблюдателя выбрали 21% опрошенных. Также необходимо обратить внимание на то, что 16 школьника (16%) выбирают роль жертвы.

Особый интерес представляет распределение ролей и позиций, занимаемых подростками в буллинге в зависимости от пола.

Таблица 2. Изучение буллинг-структуры по методике Норкиной Е.Г. (мальчики)

Статистические Параметры	Инициатор (И)	Помощник (П)	Защитник (З)	Жертва (Ж)	Наблюдатель (Н)
Частота, m	7	9	10	7	10
Доля, %	16,3	20,9	23,3	16,3	23,3
Нижняя граница ДИ95%	8,1	11,4	13,2	8,1	13,2
Верхняя граница ДИ95%	30,0	35,2	37,7	30,0	37,7

По данным графика и таблицы видно, что 23,3% мальчика определила себе в буллинге позицию наблюдателя, в то время как инициаторами выступили 16,3% школьников (7 чел.). Позиция помощника и защитника 20,9% и 23,3% мальчиков соответственно. Жертвой себя ощущают 16,3% мальчиков.

Таблица 3. Изучение буллинг-структуры по методике Норкиной Е.Г. (девочки)

Статистические Параметры	Инициатор (И)	Помощник (П)	Защитник (З)	Жертва (Ж)	Наблюдатель (Н)
Частота, m	13	11	14	9	10
Доля, %	22,8	19,3	24,6	15,8	17,5
Нижняя граница ДИ95%	13,8	11,1	15,2	8,5	9,8
Верхняя граница ДИ95%	35,2	31,3	37,1	27,4	29,4

По данным графика и таблицы видно, что 24,6% девочек определила себе в буллинге позицию защитника, в то время как инициаторами выступили 22,8% школьниц. Жертвой себя ощущают 15,8% школьниц.

Сводная таблица по результатам анкетирования представлена на графике.



Рисунок 1. Количественные показатели полученных результатов исследования определение ролей и позиций (по полу)

Таблица 4. Статистический анализ

Статистические Параметры	Инициатор (И)	Помощник (П)	Защитник (З)	Жертва (Ж)	Наблюдатель (Н)
Мальчики, n=43, m/%	7/16,3	9/20,9	10/23,3	7/16,3	10/23,3
Девочки, n=57, m/%	13/22,8	11/19,3	14/24,6	9/15,8	10/17,5
Критерий хи-квадрат	0,309	0,003	0,023	0,044	0,500
Статистическая значимость различий, P	0,579	0,960	0,880	0,834	0,480

Статистический анализ показал, что значимые различия долей различных буллинг-стратегий между группами мальчиков и девочек отсутствуют ($P > 0,05$). То есть, структуры буллинг-стратегий у мальчиков и девочек существенно не различаются.

По данным таблицы можно сказать, что число жертв буллинга в общей структуре одинаково как среди мальчиков. Так и среди девочек. В то же время инициаторами буллинга могут выступать преимущественно девочки, так же, как и защитниками по большей части выступают именно девочки. Тогда как мальчики предпочитают в большинстве позицию стороннего наблюдателя.

Представим результаты проведения теста жизнестойкости (С.Мадди в адаптации Д.Леонтьева).

Таблица 5. Результаты проведения теста жизнестойкости

Показатель жизнестойкости	Количество, чел.
Ниже среднего значения	42
Среднее значение	49
Выше среднего значения	7

По данным таблицы видно, что наибольший удельный вес в общей структуре опрашиваемых имеют подростки со средним уровнем показателя жизнестойкости — 49%. Выше среднего значения данный показатель отмечается у 7 подростков. Из числа анкетированных 42% имеют показатель жизнестойкости менее нормы — 42%.

Таким образом, выдвинутая гипотеза о том, что существует обратная связь жизнестойкости и таких её компонентов как вовлечённость и контроль — нашла свое подтверждение.

При снижении жизнестойкости увеличивается выраженность склонности к некоторым видам девиантного поведения, и наоборот, при увеличении уровня жизнестойкости, склонность к девиациям снижается.

Среди практически всех выбираемых подростками ролей и позиций есть определенная зависимость. Среди инициаторов буллинга были выявлены те, кто имеет более низкий уровень жизнестойкости, также как и жертвы буллинга. В свою очередь те, кто имеет высокий уровень жизнестойкости выбирают роль защитников жертв буллинга.

Для исследования влияния различных буллинг-стратегий на 4 шкалы теста на жизнестойкость использован однофакторный дисперсионный анализ, где в качестве фактора (зависимой группирующей переменной) выступали 5 стратегий буллинга.

Дисперсионный анализ показал, что значения шкал вовлеченность, контроль и принятие риска статистически значимо не зависят от принадлежности респондентов к группам с различными стратегиями буллинга ($P > 0,05$).

Цель нашей диссертационной работы состояла в изучении психологических характеристик подростков, участников буллинга в образовательной среде, и структуры их связей с жизнестойкостью.

Таким образом, сформулированные нами гипотезы нашли свое подтверждение в процессе эмпирического исследования. Мы можем констатировать, что цель диссертационного исследования достигнута, задачи реализованы.

Список литературы

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: сборник научных трудов. — Кемерово: Кузбассвузиздат, 2003. — 410 с.
2. Богданович Н.В., Делибалт В. В. Профилактика девиантного поведения детей и подростков как направление деятельности психолога в образовательных учреждениях // Психология и право. — 2020. — Т. 10, № 2. — С. 1–14.
3. Богомаз С. А. Жизнестойкость как компонент инновационного потенциала человека // Сибирский психологический журнал. — 2009. — № 32. — С. 23–28.
4. Божович, Л. Н. Проблемы формирования личности / Л. И. Божович; под ред. Д. И. Фельдштейна. М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 2017. — 352 с.
5. Егорычев А.М., Кретинин А. С. Социальная педагогика в решении важных социальных задач современного российского общества // ЦИТИСЭ. — 2017. — № 3 (12). — С. 10.

6. Ефимова О.И., Игдырова С.В., Ощепков А. А. Взаимосвязь ценностных ориентаций и жизнестойкости личности у нормативных и девиантных подростков // Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2011.— № 1. — С. 61–71.
7. Журлова И. В. Девиантное поведение школьников: диагностика, профилактика, коррекция: пособие для студентов педагогического университета. Мозырь, 2011.— 173с.
8. Зеер Э. Ф. Социально-психологические аспекты развития жизнеспособности и формирования жизнестойкости человека / Эвальд Фридрихович Зеер // Педагогическое образование в России. 2015.— № 8. — С. 69–76.
9. Змановская Е. В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения. — М.: Академия, 2008.— 288 с.
10. Иванова М. А. Жизненные сценарии и жизнестойкость подростков // Фундаментальные исследования, 2013. № 10–4. С. 875–878.
11. Иванов А. В. Технология психолого-педагогического преодоления инфантильности подростков и молодежи // ЦИТИСЭ.— 2019.— № 1 (18). — С. 27.
12. Калашникова С. А. Смысложизненные ориентации, базовые убеждения и стратегии поведения в трудных жизненных ситуациях людей с различными показателями жизнестойкости // Учёные записки ЗабГУ. Серия: Педагогика и психология, 2011.— № 5. — С. 161–167.
13. Книжникова С. В. Структурно-функциональное описание жизнестойкости в аспекте суицидальной превенции (Статья) // Материалы IV Всероссийской НПК «Феноменология и профилактика девиантного поведения». Краснодар, 28–29 октября 2010. — С. 67–70.
14. Колесникова, Г. И. Девиантное поведение для студентов вузов / Г. И. Колесникова, А. Б. Котова, И. А. Петрулевич. — М.: Феникс, 2012.— 128 с.
15. Кучеренко П.А., Коровяковский Д.Г., Антонова Н.В., Хромова Н.М., Майстрович, Е. В. Добровольчество и волонтерство как инструмент профилактики девиантного поведения подростков // Психология и право.— 2020. — Т. 10, № 2. — С. 51–63.
16. Леонтьев Д.А., Рассказова Е. И. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала / Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл, 2011.— 680 с.

17. Леонтьев Д.А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.— 63 с.
18. Леонтьев Д. А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова.— 2002. — Вып. 1. — С. 56–65.
19. Леус Э.В., Соловьёв А.Г., Сидоров П. И. Диагностика девиантного поведения несовершеннолетних // Вестник ЮУрГГПУ.— 2012.— № 9. — С. 268–277.
20. Мадди С. Смыслообразование в процессе принятия решений // Смысл. 2005.— № 6. — С. 17–21.
21. Мадди Сальвадоре Р. Теории личности: сравнительный анализ / С. Р. Мадди. Пер. с англ. — СПб., 2002.— 567 с.
22. Мешкова Н.В., Ениколопов С. Н. Креативность и девиантность: современное состояние проблемы в психологии // Психология и право.— 2020. — Т. 10, № 3. — С. 86–107.
23. Одинцова М. А. Психология жизнестойкости. М.: ФЛИНТА: Наука, 2015.— 296 с.
24. Особенности формирования жизнестойкости и совладания с трудными жизненными и стрессовыми ситуациями несовершеннолетних в образовании: методическое пособие. Составители: Борисенко О.В., Матёрова Т.А., Ховалкина Т.А., Шамардина М. В. Барнаул, 2014.— 184 с.
25. Петросянц, В. Р. Структурная организованность жизнестойкости старшеклассников, участников буллинга в образовательной среде [Текст] / В. Р. Петросянц // Психология обучения. (Социальная психология образования). 2011.— № 10. — С. 100–109.
26. Рубан Л. С. Современное девиантное поведение и отношение молодежи к его проявлениям // Вестник РУДН. Серия: Социология.— 2018. — Т. 18, № 2. — С. 318–333.
27. Сафин В. Ф. Устойчивость самооценки и механизмы ее сохранения. М.: Просвещение, 2017.— 340 с.
28. Сиврикова Н.В., Постникова М.И., Солдатова Е.Л., Пташко Т.Г., Черникова Е.Г., Шевченко А. А. Сравнительный анализ жизнестойкости представителей разных поколений современной России // Российский психологический журнал.— 2019. — Т. 16, № 1. — С. 144–165.

29. Соколова М.В., Дозорцева Е. Г. Склонность к аутоагрессивному поведению у подростков и информация, потребляемая ими в Интернете // Психология и право.— 2019. — Т. 9, № 1. — С. 22–35.
30. Федотова В. А. Детерминанты жизнестойкости у трех поколений современной России // Российский психологический журнал.— 2020. — Т. 17, № 1. — С. 74–91.
31. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М., Издательство Института Психотерапии, 2015.— 490 с.
32. Циринг Д. А. Исследование жизнестойкости у беспомощных и самостоятельных подростков // Вестник Томского государственного университета.— 2009.— № 323. — С. 336–342.
33. Шелкунова Т.В., Шелкунов А.В.Феномен жизнестойкости в отечественной литературе.— 2013.— 452 с.
34. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. — М., 2015.— 336 с.
35. Шукшина Л.В., Кожухарь Е. В. Жизнестойкость и самоуважение как предикторы мотивации достижения успеха у студентов // ЦИТИСЭ.— 2021.— № 1. — С. 462–477.
36. Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. — М.: Когито-Центр, 2015.— 214 с.
37. Чезари, Л. Асимптотическое поведение и устойчивость решений обыкновенных дифференциальных уравнений / Л. Чезари. — М.: [не указано], 2011.— 220 с.
38. Sigurdson J.F., Wallander J., Sund A. M. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood? // Child Abuse & Neglect. 2014. Vol. 38(10). P. 1607–1617.
39. Sourander A., Jensen P., Rønning J.A. et al. Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence: The Finnish From a Boy to a Man Study // Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2007. Vol. 161. P. 546–552.
40. Sourander A., Ronning J., Brunstein-Klomek A. et al. Childhood bullying behavior and later psychiatric hospital and psychopharmacologic treatment:

- Findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study // Archives of General Psychiatry. 2009. Vol. 66(9). P. 1005–1012.
41. Ttofi M.M., Farrington D.P., Lösel F., Loeber R. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: a systematic/meta-analytic review of longitudinal studies // Criminal Behavior and Mental Health. 2011. Vol. 21. P. 80–89.
42. Wolke D., Lereya S. T. Bullying and parasomnias: A longitudinal cohort study // Pediatrics. 2014. Vol. 134. P. 1040–1048.

УДК 159.9.07

Привлекательность профессии педагога в представлениях школьников профильных психолого-педагогических классов¹

Каткова Елена Николаевна

*кандидат психологических наук, доцент кафедры Психологии образования
Амурского гуманитарно-педагогического государственного университета*

Орлова Ольга Александровна

*кандидат психологических наук, доцент кафедры Психологии образования
Амурского гуманитарно-педагогического государственного университета*

Амбросова Валерия Ивановна

*кандидат психологических наук, доцент кафедры Психологии образования
Амурского гуманитарно-педагогического государственного университета*

***Аннотация:** В статье приводятся результаты исследования привлекательности профессии педагога в представлениях старшеклассников психолого-педагогического профиля. Исследование проходило в 2023–2024 учебном году. Мы предположили, что*

¹ Исследование выполнено в рамках реализации государственного задания на проведение прикладного научного исследования по теме «Разработка и реализация учебно-методического комплекса по формированию положительного образа педагога в сознании учащихся психолого-педагогических классов» (Дополнительное соглашение Минпросвещения России и ФГБОУ ВО «АмГПГУ» № 073–03–2023–031/5 от «9» ноября 2023 г.)

мотивированные школьники, обучающиеся в психолого-педагогических классах, положительно относятся к профессии педагога. Образы реального и идеального педагога различны. Статистически достоверные различия представлены на осознанном уровне только отдельными качествами. В обоих образах велико значение коммуникативных и регулятивных качеств педагога. На неосознаваемом уровне образ идеального педагога чаще представлен фигурой круга, хорошим коммуникатором, для которого самым важным являются люди и их благополучное сосуществование. Образ реального педагога неоднозначен и представлен преимущественно фигурами зигзага и круга, которые характеризуют противоположные качества: бесконфликтность — конфликтность, направленность на людей — направленность на идею. Содержание психологических представлений старшеклассников как совокупного субъекта показало, что подготовка будущих педагогов требует определенной стратегии подготовки самих педагогов, работающих с данным профилем в школе, а также целенаправленное обучение и воспитание школьников на психолого-педагогическом содержании, связанном с профессией педагога. Обнаруживается проблема с коммуникацией между учителями и учениками, а также проблема реализации ведущей учебно-профессиональной деятельности в старших классах.

Abstract: The article presents the results of the study of the attractiveness of the profession of a teacher in the perceptions of high school students of psychological and pedagogical profile. The study took place in the 2023–2024 academic year. It was assumed that motivated high school students studying in psychology-pedagogical classes have a positive attitude to the profession of a teacher. The images of a real and ideal educator are different. Statistically reliable differences are represented at the conscious level only by separate qualities. In both images the importance of communicative and regulative qualities of a teacher is high. At the unconscious level, the image of an ideal teacher is more often represented by a circle figure, a good communicator, for whom the most important thing is people and their prosperous coexistence. The image of a real teacher is ambiguous and is represented mainly by figures of zigzag and circle, which characterize the opposite qualities: conflict-free — conflictual, people-oriented — idea-oriented. The content of psychological representations of high school students as an aggregate subject showed that the training of future teachers requires a certain strategy of training of teachers themselves, working with this profile in school, as well as purposeful training and education of schoolchildren on the psychological and pedagogical content related to the profession of a teacher. The problem with communication between teachers and pupils, as well as the problem of realization of the leading educational and professional activity in senior grades are revealed.

Ключевые слова: профессия, педагог, старшеклассники, привлекательность, представления, личность, психолого-педагогические классы, идеальный и реальный педагог.

Keywords: profession, teacher, high school students, attractiveness, ideas, personality, psychological and pedagogical classes, ideal and real teacher.

В настоящее время дефицит учителей наблюдается во всех регионах Российской Федерации, о чём говорят эксперты Центра экономики непрерывного образования ИПЭИ РАНХиГС, исследовавшие данные Министерства просвещения о вакансиях в этой сфере. По данным РАНХиГС, наибольший дефицит учителей наблюдается в ДФО, он составляет 4,5%.

2023 год Указом Президента России Владимира Путина объявлен Годом педагога и наставника, целью которого является повышение престижа профессии учителя. Таким образом, на государственном уровне принята попытка сделать образ педагога престижным и притягательным для молодежи. Образ учителя — один из фундаментальных образов, оказывающих значительное влияние на судьбу учащихся. Образ, по словам Л. С. Выготского, «обладает притягательной силой», «представление есть начавшееся движение» [3]. Социальную значимость образа педагога подчеркивает Л.А.Золотовская, отмечая «в педагогических профессиях образ специалиста особенно важен, ибо влияет не только на личную карьеру и самочувствие, но и на других людей» [6].

Социальная обусловленность и значимость образа педагога не позволяет рассматривать его вне социального заказа на его конструирование. Образ педагога должен быть адекватен запросам общества, социальной политике в области образования. Москвитина И.В., проанализировав научную литературу, сформулировала понятие «образ педагога» как сложное когнитивное и эмоциональное образование, в котором отражаются субъективные представления человека о педагоге как профессионале в его многоаспектной природе (как индивиде, личности, субъекте профессиональной деятельности, индивидуальности). Это образование обладает активным началом и выполняет разнообразные функции в профессиональном становлении педагога: мотивационную, ценностно-целевую, прогностическую, контрольно-корректирующую, регулятивную [10].

Изучению образа педагога посвящены многочисленные исследования. Изучался образ педагога как социально-историческое явление, как образ реального, так и идеального педагога, динамика образа у школьников, особенности данного образа у разных категорий населения. Так, Засыпкин В.П. обнаружил, что стереотипный образ учителя у современных школьников и студентов, родителей и самих учителей ассоциируется в значитель-

ной степени с таким его атрибутом, как толерантность [5]. И. Ф. Гончаров, изучая главные достоинства педагога и качества, противопоказанные учителям, обнаружил, что главными достоинствами являются: доброта, понимание личности ученика, любовь к своему делу, жертвенное отношение к нему, мастерство, а противопоказанными — жестокость, непонимание учеников, равнодушие к ученикам, отсутствие любви к делу [4].

Андреева Е.А. рассматривала образ идеального учителя у студентов разных факультетов и обнаружила, что будущие учителя начальных классов в образе педагога выделяют в первую очередь перцептивные и организаторские педагогические способности, а будущие математики — академические, дидактические и речевые способности [1]. Федосеева И.А., Малиновская М.П. описали образ учителя в представлении современных студентов — будущих учителей. Они отмечают, что главное в учителе — мотивы профессиональной деятельности, которые заключены в стремлении, призвании «вращивать любовь к знаниям», «работать с детьми», любовь к детям и к профессии. Нередко студенты, составляя портрет совершенного учителя, объединяли противоположности («твердость своих намерений в достижении результатов и мягкость по отношению к детям»; «строгую преподавателя и отзывчивого и понимающего наставника») [13].

Семенова Л.Э., Чевачина А.В. изучали образ идеального учителя в представлениях учеников начальных и старших классов. Они обнаружили, что в представлениях современных учеников этот образ в основном наделяется традиционными характеристиками, исходящими из специфики его профессиональной деятельности, но по мере взросления учащихся этот образ обогащается, расширяется в нем несколько меняются приоритеты с характеристик учителя как профессионала на его характеристики как личности). Так, по мнению большинства старшеклассников, в плане личностных качеств идеальный педагог — это добрый, остроумный человек с широкой эрудицией и чувством юмора, честный, справедливый, порядочный, трудолюбивый и ответственный, жизненная позиция такого человека всегда активна и позитивна, он нацелен на личностный рост и самосовершенствование, в числе ценностей — человек как таковой, его личность и уникальность, служение людям и профессионализм [12].

Медведева О.А и Сусяков Т.Д. изучали образ идеального учителя у школьников, по результатам опроса они выделили следующие характеристики: учитель должен уметь грамотно и интересно объяснять свой предмет, знать его на высоком уровне, уметь находить подход к каждому ученику, быть объективным и разносторонним с точки зрения подачи материала; кроме того, идеальный учитель должен любить детей, быть ответственным и пунктуальным, обладать чувством юмора, быть мудрым и интересным ученикам как личность [8]. Мешкова И.В. в своем исследовании (у студентов) сформулировала этическую сторону образа педагога и выделила следующие качества: ответственность, справедливость, любовь к детям, вежливость, достоинство [9].

В 2022 г. (ВЦИОМ) представил данные исследования, которые показали, что первое место в образе педагога занимают такие качества как доброта и уважение к детям, на втором месте порядочность, справедливость и объективность и на третьем — любовь к детям и образованность [2]. Однако Маченин А.А. [7] задает актуальные вопросы по поводу привлекательности образа учителя в глазах учеников: «что значит образ учителя для современных школьников, родителей и самих учителей?» и «как медиа отражают образ педагога?». Современные медиа, к сожалению, представляют образ учителя, педагога, детского наставника далеко не с лучшей, а иногда с отрицательной и даже шокирующей стороны. Автором был проведен анонимный опрос 500 российских школьников 12–17 лет (7–11 классы), в котором предлагалось ответить на два вопроса: «есть ли у вас в школе любимый учебный предмет, учитель и почему?» и «хотели бы вы в будущем связать свою судьбу с профессией учителя и почему?».

По выражению автора исследования — «результаты получились весьма удручающими»: только 5% респондентов признались в своей любви к школьным предметам и только 12 человек (2%) признались в своих симпатиях к учителям, классным руководителям, репетиторам и т.д. Многие из опрошенных отметили, что не видят в своих учителях «героев их времени», профессиональных наставников, образцов для подражания. Отвечая на вопрос о возможной ориентации на педагогические профессии, школьники в качестве факторов их неприятия выделили непристижность, экономическую неоправданность. Правда, некоторые старшеклассники

рассматривали поступление в педагогический вуз с целью отсрочки от армии. Среди опрошенных были ребята, чьи родители работают учителями. Но они не изъявили желания идти по профессиональным стопам родителей. Подобное исследование Маченин А.А. проводил ранее 15 лет назад, и отметил существенное снижение престижности и популярности положительного образа учителя и учительской профессии среди школьников и их родителей.

Причиной такого результата является агрессивная информационная среда, так в ТОП-10 видео-новостей, по версии YouTube.com, вошли исключительно агрессивные, негативные и асоциальные по характеру, но наиболее активно просматриваемые, рейтинговые видеоматериалы. Телесериалы, юморески, видеосюжеты, уничижающие российских педагогов и студенчество. На основе представленных примеров современной медиасреды школьника достаточно чётко вырисовываются определённые образы и наглядные черты — как российского учительства, так и образовательной системы в целом (например, «Агрессивный учитель английского языка», «Учитель в законе — (1–3 сезоны)», «В Казахстане учитель избил троих учеников старшего класса: видео», Телесериал «Интерны», «Учитель математики, побившая школьника, набросилась и на журналистов», «Учитель борется с учеником, который его достал», «Маша и Медведь — Учитель танцев» — многосерийная, агрессивная современная интерпретация доброй сказки «Машенька и Медведь», «Роман Олегович. Учитель опаздывает» в рубрике «В вуз не дум!» — издевательская интерпретация Российского учебного процесса в высшей школе от телевизионной шоу-труппы «Уральские пельмени», «Злой учитель (слабонервных не смотреть)»).

Целью нашего исследования стало изучение представлений старшеклассников психолого-педагогических профильных классов о степени привлекательности образа педагога. Наше исследование проводилось в 2023–2024 учебном году на базе МОУ СОШ №№ 42, 53 и ОЦ «Открытие» г. Комсомольска-на-Амуре Хабаровского края, в котором приняло участие 46 обучающихся 10-х классов.

Целью организации деятельности профильных психолого-педагогических классов является формирование у обучающихся представления о педагогической профессии, отношения к учителю как к профессионалу,

ориентирование учащихся в системе ценностей, которые отражают специфику педагогической деятельности, организацию самопознания, развитие профессиональных интересов, профессиональное самоопределение, соотнесение собственных возможностей, особенностей с представлениями о профессии. Мы предположили, что мотивированные школьники психолого-педагогических классов будут положительно воспринимать образ профессии педагога.

В качестве методик мы использовали психометрический тест Сьюзан Деллингер в модифицированном варианте (модифицирован на кафедре психологии образования АмГПГУ), методику Сакса-Леви «Незавершенное предложение» и мини-сочинение «Портрет реального и идеального педагога».

На первом этапе школьники определяли предпочтения в отношении геометрических фигур: квадрата, круга, треугольника, прямоугольника и зигзага, затем подбирали фигуры, с которыми у них ассоциировались «профессия педагога», «современный педагог» и «идеальный педагог». Таким образом, мы обнаружили имплицитное (неосознаваемое) отношение испытуемых к предъявляемым категориям и приписыванию им качеств.

Второй этап позволил изучить осознаваемые качества педагога, следуя инструкции: «Опишите портрет (качества) реального (современного) педагога и идеального педагога». На третьем этапе с помощью методики «Незавершенное предложение» изучались представления совокупного субъекта об образе педагога и степени его привлекательности.

Результаты исследования

На осознаваемом уровне учащиеся описывают педагога очень большим разнообразием качеств, причем легче всего им далось описание идеального педагога — его описали все 46 респондентов. С описанием образа реального педагога справились только 28 человек, остальные 18 респондентов писали «не знаю», «затрудняюсь ответить», «очень расплывчатое понятие». Нам кажется, это связано с неоднозначностью образа современного педагога, с его противоречивостью.

Для описания портрета идеального педагога подростки чаще всего выбирают такие качества как «понимание своих учеников» (21,74% учащихся), терпеливость (15,22%), «способность найти общий язык с учениками»

(13,04%), справедливость и умение объяснить материал (10,87%), чувство юмора (8,70%), коммуникабельность, честность, требовательность (6,52%).

Таблица 1. **Качества реального и идеального педагога в представлениях учащихся профильных психолого-педагогических классов (в %)**

Качества	Идеальный	Реальный
Понимает своих учеников	21,74	8,70
Терпеливый	15,22	0
Способен найти общий язык с учеником	13,04	2,17
Добрый	15,22	2,17
Справедливый	10,87	4,35
Умеет объяснить материал, чтоб его понимал каждый ученик	10,87	8,70
Чувство юмора	8,70	8,70
Коммуникабельный	6,52	8,70
Честный	6,52	0
Требовательный	6,52	0

Образ реального педагога представлен большим разнообразием качеств. Не случайно в этом разнообразии особенностей присутствуют такие как «понимание своих учеников», «умение объяснить материал», «чувство юмора» и «коммуникабельность» (8,7% учащихся). В данном портрете учащиеся отразили не только положительные, но и отрицательные качества, они присутствуют в 6,67% ответах (злая, с чувством вседозволенности, придирается). Также учащиеся отражают внешние и возрастные особенности (старый, престарелый, молодой), которых совершенно нет в образе идеального учителя.

Статистический анализ выявил, что в портрете идеального педагога значимо чаще, чем в портрете реального, встречаются такие качества как «понимание учеников», «способность найти общий язык с учеником» и «доброта». Самыми важными качествами в образе идеального и реального педагога учащиеся считают коммуникативные. Их выделили 93,48% подростков в образе идеального учителя и 53,57% — в образе реального учителя. Подросткам важно, чтобы педагог их понимал, проявлял эмпатию, был внимателен, умел найти подход к каждому.

Также немаловажное место в образе идеального педагога занимают качества, связанные с регуляцией своего состояния самим педагогом. Их описали 21,74% подростков. Они выделяют следующие качества: терпение, выдержка, стрессоустойчивость, «сильная воля», стойкость и др. Отдельные учащиеся выделили такие особенности педагога как «постоянное саморазвитие», «харизма», «эрудиция», «ум», «лидерские качества». Таким образом, на сознательном уровне образ педагога представляется учащимся сложным, неоднозначным, включающим большое разнообразие качеств, как личностных, так и связанных с педагогическими способностями.

Результаты опроса показали, что в целом 50% старшеклассников не смогли описать социальный портрет современного педагога, остальная часть испытуемых в своих текстах описывает личностные качества педагога, профессиональные навыки и его нежелательные качества. В таблице 2 приводятся списки выделенных качеств школьниками в социальном портрете педагога.

На неосознаваемом уровне образ типичного педагога, как реального, так и идеального определялся с помощью геометрических фигур. Частота встречаемости фигур, с которыми ассоциировались понятия «профессия педагога», «современный педагог» и «идеальный педагог» представлена в таблице 3.

Наиболее часто профессию педагога учащиеся ассоциируют с фигурой круга (28,26%), зигзага (26,09) и треугольника (23,91%). Исходя из данных, профессия педагога ассоциируется с противоположными качествами. С одной стороны это круг — фигура, олицетворяющая доброжелательность, любовь к людям, с другой стороны — треугольник — это лидер, который хочет быть правым во всем, для которого важны не люди, а цель; с третьей стороны — зигзаг — не устойчивы в достижении цели, но очень креативны, остроумны.

Современного педагога испытуемые чаще всего ассоциируют с фигурой зигзага (32,61%) и круга (23,91). Фигуры треугольника, квадрата и прямоугольника встречаются значимо реже ($\varphi=1,99$, при $p=0,05$). Современные педагоги — это, прежде всего, либо экспрессивные, креативные, творческие, остроумные, конфликтные, идеалисты, которых раздражают строго фиксированные обязанности и постоянные способы работы;

Таблица 2. Социальный портрет привлекательного и непривлекательного современного педагога в представлениях старшеклассников психолого-педагогических классов (n=46)

Личностные качества	Профессиональные навыки	«Чёрный список» нежелательных качеств педагога
<ul style="list-style-type: none"> • Чувство юмора. • Молодой. • Прогрессивный, • Справедливый (не слишком мягкий, не слишком злой). • Рефлексивный. • Коммуникабельный. • Эмоционально привлекательный. • Улыбчивый. • Умный. • Отзывчивый. • Ответственный. • Добрый. • Уравновешенный. • Самодостаточный. • Заинтересованный. • Понимающий. • Эмпатия. • Чтобы дети сами для себя решили, что они хотят равняться на этого человека (в хорошем плане), на его личные ценности и мораль. 	<ul style="list-style-type: none"> • Человек с высшим образованием. • Внимательный к общей обстановке в классе. • Излагает материал доступно и понятно (больше практической части). • Понимает современных детей. • Строгий внешний вид, хорошо пахнет. • Человек с твердой жизненной позицией. • В курсе всех новостей, на одной волне с учениками. • Педагог должен быть специалистом в своей области, чтобы свободно доносить до учеников всю информацию, доступно объяснять. • Красивая, грамотно поставленная речь. • Должен постоянно саморазвиваться, улучшать свои навыки и любить свою работу. 	<ul style="list-style-type: none"> • Престарелый. • Чувство вседозволенности. • Не слушает. • Уставший. • Злой. • Придирается. • Плохо пахнет. • Растрёпанный внешний вид.

Таблица 3. Частота встречаемости фигур (%), с которыми учащиеся ассоциировали понятия «профессия педагога», «современный педагог» и «идеальный педагог»

Понятия	Круг	Треугольник	Квадрат	Прямоугольник	Зигзаг
Профессия педагога	28,26	23,91	10,87	10,87	26,09
Современный педагог	23,91	13,04	15,22	15,22	32,61
Идеальный педагог	36,96	19,57	17,39	15,22	10,87

либо — гармоничные люди, которые заинтересованы в хороших межличностных отношениях, доброжелательны, неконфликтны, чувствительные, эмпатийные.

Идеальный педагог в представлениях учащихся значимо чаще определяется фигурой круга ($\varphi=1,84$, при $p=0,05$), реже всего — фигурой зигзага. Интерпретируя результаты, можно заключить, что идеальный педагог — это гармоничный человек, который искренне заинтересован в хороших межличностных отношениях. Высшая ценность для Круга — люди. Круг — самая доброжелательная из пяти форм. Он чаще всего служит тем «клеем», который скрепляет и рабочий коллектив, и семью. Круги — лучшие коммуникаторы благодаря своему умению слушать собеседника. Они обладают высокой чувствительностью, способны сопереживать. Круги направлены скорее на людей, чем на дело. Пытаясь сохранить мир, они иногда избегают занимать «твердую» позицию и принимать непопулярные решения. Для Круга нет ничего более тяжкого, чем вступать в межличностный конфликт. Они любой ценой стремятся его избежать. В одном Круги проявляют завидную твердость — если дело касается вопросов морали или нарушения справедливости.

Изучив эмоциональную окраску данных образов, мы увидели, что отношение к ним неоднозначно (см. таблицу 4). К профессии педагога учащиеся в целом относятся положительно. В отношении к образу педагога в целом и к образу современного и идеального педагога преобладают положительные оценки. Данное отношение является значимым по сравнению с остальными типам отношений (отрицательными и амбивалентными).

Сравнивая отношения к образам педагогов между собой, мы обнаружили, что наиболее положителен образ идеального педагога, что вполне

Таблица 4. Частота разных типов отношений (%), к понятиям «профессия педагога», «образ педагога» и «идеальный педагог» у учащихся психолого-педагогических классов

Понятия	Положительное отношение	Нейтральное отношение	Отрицательное отношение
Профессия педагога	47,83	21,74	30,43
Современный педагог	52,17	17,39	30,43
Идеальный педагог	58,70	17,39	23,91

закономерно, амбивалентное отношение одинаково часто встречается при описании всех образов, а отрицательное чаще всего встречается при описании профессии педагога в целом и в описании современного педагога.

Методика Сакса-Леви «Незавершенное предложение» применялась нами с целью изучения мнения совокупного субъекта о привлекательности профессии педагога в отражении старшеклассников профильных психолого-педагогических классов. На рисунке 1 изображена корреляционная плеяда, отражающая представления старшеклассников об образе привлекательного педагога. Расчеты и интерпретация полученных данных осуществлялась по методике Б.А.Еремеева. Выделены статистически значимые связи между словами, одни из которых, имеющие сплошную линию, указывают на положительную статистическую связь между словами, а пунктирная линия означает статистически обратную или отрицательную связь между словами.

Корреляционный анализ позволил в рисунке 1 выделить три естественные категории (слова в овалах), которые отражают всеобщность представлений, распространяющихся на всех людей, не только на представителей

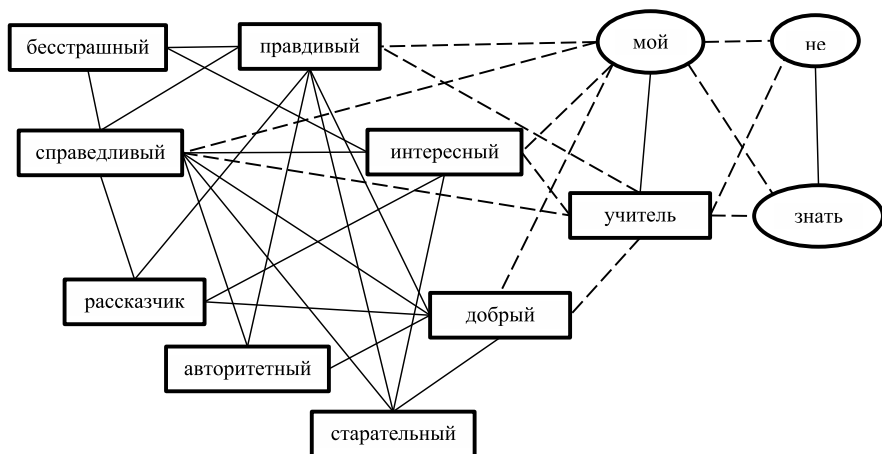


Рисунок 1. Корреляционная плеяда образа привлекательного педагога в отражении совокупного субъекта, старшеклассников, обучающихся в психолого-педагогических классах Комсомольска-на-Амуре (общий массив слов — 110)

данной выборки испытуемых — это слова «мой» и «не»-«знать». Согласно толковому словарю русского языка Ожегова слово «мой» означает «принадлежащий мне, имеющий отношение ко мне», причем данное слово положительно связано со словом интерпретатором «учитель», следовательно, речь идет об учителе, который имеет непосредственное отношение к совокупному субъекту. Положительная связка естественных категорий «не-знать» означает «не иметь сведения о чем-то, не обладать какими-нибудь познаниями, не иметь о чем-то понятие и представление», и может означать то, что совокупный субъект не имеет представлений о привлекательности педагога, так как естественная категория «знать» отталкивается от слова-интерпретатора «учитель».

Отталкиваемые цепочки слов «мой-учитель» и «не знаю» (рис. 1) от структуры положительно связанных слов, говорят о том, что в своих учителях старшеклассники не могут назвать положительные качества личности, получается, что они не знают своих педагогов с привлекательной стороны. Рассмотрим группу слов, положительно связанных между собой, которая отражает набор определенных профессиональных качеств личности педагога, она отталкивается от «моего учителя» и приобретает отрицательный смысл в его интерпретации. Таким образом, мы наблюдаем смысловой семантический разрыв между связками слов в пляде, с одной стороны, школьники называют привлекательные профессионально важные качества педагога, а с другой стороны, они отрицательно связаны с «моим учителем».

Образ педагога (учителя) для старшеклассников психолого-педагогического профиля не обладает привлекательными качествами как представитель профессии: «мой учитель» — неправдивый», «мой учитель» — несправедливый», «мой учитель» — неинтересный», «мой учитель» — недобрый», поэтому логично предположить, что непосредственное общение с учителями, способствует снижению привлекательности педагогической профессии в глазах школьников. Образ привлекательного педагога в представлениях старшеклассников психолого-педагогических классов складывается из следующих качеств личности: «интересный», «добрый», «правдивый», «справедливый» «рассказчик»; «бесстрашный», «авторитетный», «старательный». Данные характеристики положительно

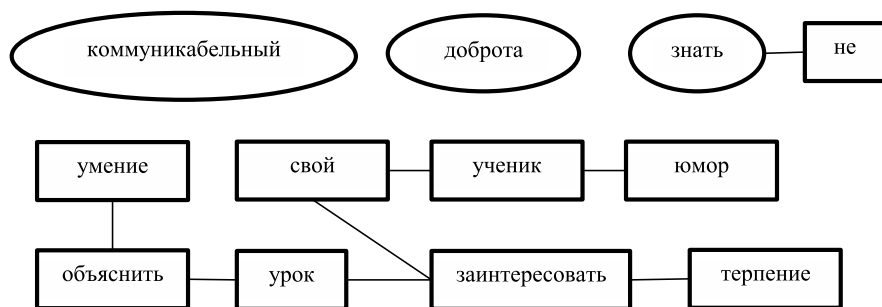


Рисунок 2. Корреляционная плеяда личностных качеств идеального педагога в отражении совокупного субъекта, старшеклассников, обучающихся в психолого-педагогических классах Комсомольска-на-Амуре (общий массив слов — 182)

связаны между собой в плеяде и составляют общий конгломерат слов, который отталкивается от связок естественных категорий «мой-учитель» и «не-знать».

В корреляционной плеяде на рисунке 2 приводятся представления школьников психолого-педагогических классов о личностных качествах идеального педагога (учителя). Выделились три естественные категории, это слова «коммуникабельный», «доброта» и глагол «знать». Согласно толковому словарю русского языка Ожегова «коммуникабельный» означает «такой, с которым легко общаться, иметь дело, устанавливать контакты», «доброта» означает «отзывчивость, душевное расположение к людям, стремление делать добро другим», слово «знать» означает «иметь сведения о чем-то, обладать какими-нибудь познаниями, иметь о чем-то понятие, представление», однако данная категория имеет положительную связь с частицей-интерпретатором «не», что может означать отсутствие полных представлений о личностных качествах идеального педагога. Также в рассматриваемой плеяде (рис. 2) имеется цепочка слов-интерпретаторов, отражающая не только личностные, но и профессиональные качества идеального педагога (учителя): «умение-объяснить-урок»; «заинтересовать уроком»; «заинтересовать своих учеников юмором»; «заинтересовать терпением». Таким образом, можно выделить такие качества личности идеального педагога(учителя) как терпение и чувство юмора.

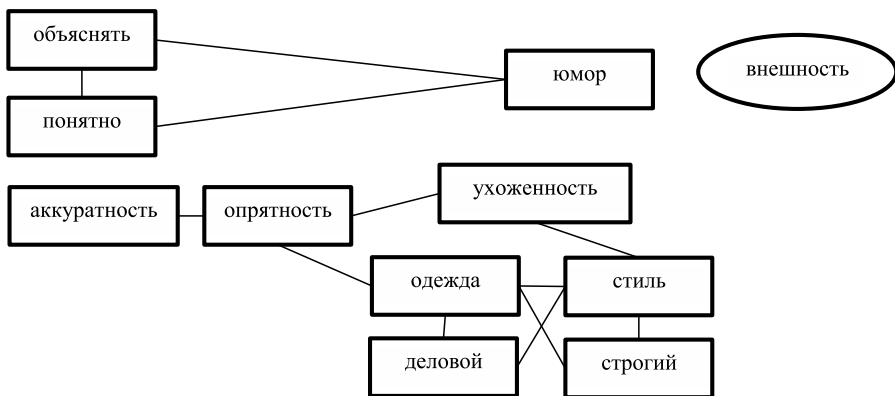


Рисунок 3. Корреляционная плеяда признаков привлекательности внешнего вида современного педагога-мужчины в отражении совокупного субъекта, старшеклассников, обучающихся в психолого-педагогических классах Комсомольска-на-Амуре (общий массив слов — 192)

В плеяде на рисунке 3 в признаках привлекательности внешнего вида современного педагога-мужчины выделилась естественная категория «внешность», согласно толковому словарю русского языка это означает «наружный облик человека», это указывает на то, что совокупному субъекту важно, как выглядит мужчина-педагог. Цепочка слов-интерпретаторов уточняет детали внешности: «аккуратность», «опрятность» и «ухаживенность», при этом «одежда» должна быть «деловой» со «строгим стилем» и «ухаживенной». Внешность дополняется профессиональными качествами мужчины-педагога, он «объясняет понятно и с юмором».

На рисунке 4 изображена корреляционная плеяда представлений о привлекательности образа женщины-педагога, в которой выделились две отдельные естественные категории «аккуратность» и «объяснять», и положительно связанная цепочка слов «строгий-костюм». Согласно определениям толкового словаря, «аккуратность» означает исполнительность, соблюдение порядка во всем, тщательность, старательность в выполнении чего-либо, осторожность, бережность, точность и регулярность. Мы видим, что значение этого слова включает не только внешние признаки привлекательности, но и глубокие внутренние качества лич-

ности. Естественная категория «объяснять» означает растолкование чего-либо кому-либо, осмысление для самого себя, сделать ясным и понятным, а в школьном преподавании означает чтение текста с объяснениями и пояснениями. В толковом словаре женский «костюм» означает рабочий костюм (жакет, юбка или брюки) или верхнее платье, который имеет характеристики «строгости», то есть «не допускающий никаких отклонений от некой нормы, правильный, не отклоняющийся от лучших образцов, простой, без лишних украшений, но свидетельствующий о хорошем вкусе.

Остальные цепочки слов-интерпретаторов объясняют привлекательность внешности женщины-педагога следующими описаниями: она должна быть «ухаженная», «одежда» женщины-педагога сочетается с «уложенными волосами» и «умной улыбкой». Также здесь мы встречаемся с оценочным суждением старшеклассников, они «не знают» «опрятных» женщин-педагогов (на это указывает отталкивание слова «опрятная» от цепочки положительно связанных слов «не-знать»).

На рисунке 5 приводятся данные степени привлекательности профессии педагога для старшеклассников психолого-педагогического профиля, высокая привлекательность характерна для 16% школьников, средняя степень привлекательности — для 54% школьников и низкая — 30%. Статистическое сравнение процентных показателей по критерию Фишера

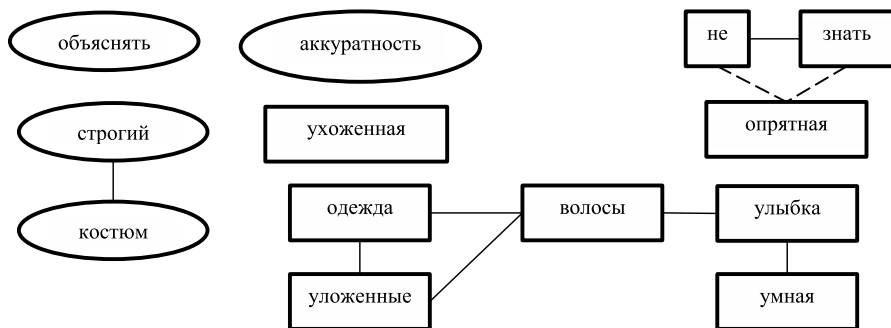


Рисунок 4. Корреляционная плеяда привлекательности внешнего вида педагога-женщины в отражении совокупного субъекта, старшеклассников, обучающихся в психолого-педагогических классах Комсомольска-на-Амуре (общий массив слов — 139)

позволяет определить качественную выраженность степени привлекательности профессии педагога, которая характерна для данной выборки испытуемых, расчеты показали статистические различия между средним и низким, и между средним и высоким уровнями ($\varphi_{эмп.} = 2,34$ и $\varphi_{эмп.} = 4,11$ при $\varphi_{кр.} = 1,64$; $p=0,05$). Таким образом, можно в целом говорить о наличии средней степени привлекательности профессии педагога для старшеклассников психолого-педагогических классов.

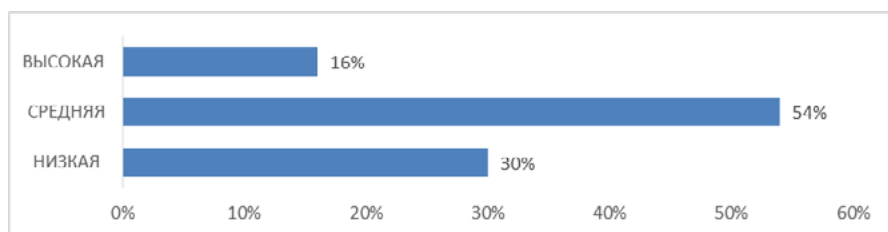


Рисунок 5. Степень личной привлекательности профессии педагога для старшеклассников психолого-педагогических классов (n=46)

Несмотря на среднюю степень привлекательности профессии, большинство старшеклассников (64%) не планирует связать свою жизнь с ней, об этом свидетельствуют данные рисунка 6, при этом 20% испытуемых затруднились ответить на этот вопрос и только 16% школьников психолого-педагогических классов видят себя в качестве педагога. Полученные результаты указывают, что при работе со школьниками данных профилей, требуется специализированная воспитательная работа по повышению степени привлекательности образа педагога.

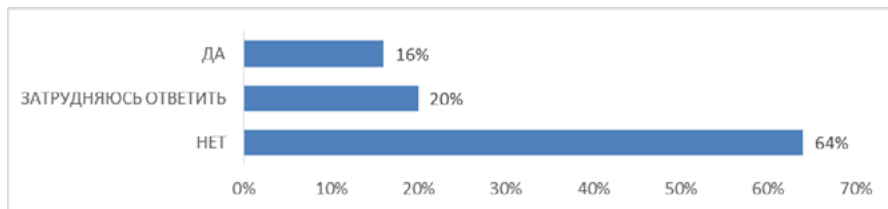


Рисунок 6. Ответы старшеклассников психолого-педагогических классов на вопрос: «Вы планируете связать свою жизнь с профессией педагога (учителя)?», (n=46)

Ответы старшеклассников психолого-педагогических классов на вопрос: «На ваш взгляд, из Вас мог бы получиться хороший педагог/учитель?» выглядят более оптимистично (см. рис. 7), 37% учеников осознают свой педагогический потенциал и убедительно полагают, что из них получится хороший учитель в будущем, 28% — затруднились ответить и 35% считают, что не получится. Нам видится, что здесь прослеживается проблема мотивации и информированности школьников о профессии педагога (учителя). Стоит предположить, что 28% старшеклассников могут осознать свой педагогический выбор в случае организованной целенаправленной работы в условиях учебно-профессиональной деятельности как ведущей в юношеском возрасте. Проведенное нами ранее исследование и формирующий эксперимент на старшеклассниках медицинского профиля показали эффективность применения учебно-профессиональных математических задач на непрофильной дисциплине (математика) с медицинским содержанием, школьники через развитие автономности в специально организованных условиях обучения и воспитания поверили в свой выбор, определились в медицинском профиле (педиатр, уролог, хирург и пр.). И только один школьник из 25 человек экспериментального класса понял, что не сможет быть медиком, и это тоже для него было важным осознанным решением [11].

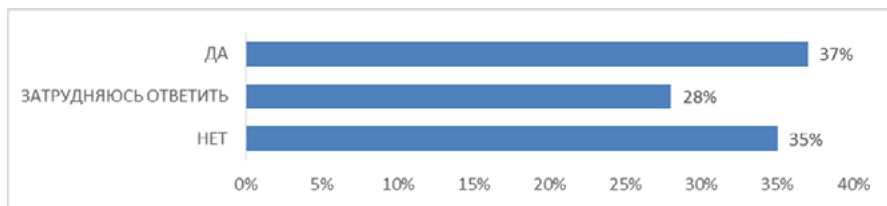


Рисунок 7. Ответы старшеклассников психолого-педагогических классов на вопрос: «На ваш взгляд, из Вас мог бы получиться хороший педагог/учитель?», (n=46)

Выводы

Таким образом, можно заключить, что образы реального и идеального педагога различны, однако статистически достоверные различия пред-

ставлены на осознанном уровне только отдельными качествами (способность найти общий язык, понимание своих учеников и доброта). В обоих образах велико значение коммуникативных и регулятивных качеств педагога. Разброс остальных характеристик очень велик и трудно поддается обобщению.

На неосознаваемом уровне образ идеального педагога чаще представлен фигурой круга, что характеризует его прежде всего как хорошего коммуникатора, для которого самым важным являются люди и их благополучное сосуществование. Образ же реального (типичного) педагога неоднозначен и представлен преимущественно фигурами зигзага и круга, которые характеризуют противоположные качества: бесконфликтность — конфликтность, направленность на людей — направленность на идею.

Результаты исследования содержания психологических представлений старшеклассников психолого-педагогических классов об образе профессии педагога свидетельствуют о том, что подготовка будущих педагогов требует определенной стратегии психолого-педагогического сопровождения самих педагогов, работающих с данным контингентом, а также целенаправленное обучение и воспитание на психолого-педагогическом содержании, связанном с профессией педагога. Обнаруживается проблема с коммуникацией между учителями и учениками, а также обеспечения в системе образования ведущей учебно-профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Андреева Е. А. Образ современного учителя в представлении студентов педагогического вуза / Е. А. Андреева // Теория и практика общественного развития. — 2011. — № 7. — С. 150–152. — EDN OYKLF.
2. ВЦИОМ. Новости. — <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/uchitelja-prestizhnost-dokhodnost-privlekatelnost>
3. Выготский Л. С. Педагогическая психология / Под ред. В.В.Давыдова. — М.: АСТ: Астрель: Хранитель, 2008. — 672 с.
4. Гончаров И. Ф. Образ современного учителя / И. Ф. Гончаров // Вестник Герценовского университета. — 2010. — № 7(81). — С. 55–60. — EDN NREDDT.

5. Засыпкин В. П. Социальный стереотипный образ современного учителя / В. П. Засыпкин // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена.— 2007. — Т. 9, № 42. — С. 78–90. — EDN KZRGPL
6. Золотовская Л. А. Педагог высшей школы: психологические основы преподавательской деятельности: монография /Л. А. Золотовская. -Балашиха, ВТУ, 2009. —224 с.
7. Маченин А. А. Собирабельный образ школьного учителя в отражении теле/кино/интернет медиaprостранства // Медиаобразование.— 2016.— № 3. — С. 23–48.
8. Медведева О. А. Современный образ идеального учителя / О. А. Медведева, Т. Д. Сусяков // Вестник экспериментального образования.— 2018.— № 1(14). — С. 10–18. — EDN YTMJGW.
9. Мешкова И. В. Этический образ учителя в представлении студентов педагогического вуза / И. В. Мешкова // Этика меняющегося мира: теория, практика, технологии: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции в рамках III Международного научно-образовательного форума, Красноярск, 13 ноября 2015 года / Ответственный редактор: Е. Н. Викторук. — Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева, 2015. — С. 53–59. — EDN VSRYLD.
10. Москвитина И. В. Образ учителя в современной педагогической действительности, через призму идеала предшествующих поколений: взгляд будущего педагога / И. В. Москвитина // Студенческий электронный журнал СтРИЖ.— 2015.— № 1. — С. 12–15. — EDN VCUGEL.
11. Нешумаев М.В., Каткова Е.Н., Опевалова Е. В. Динамика развития признаков автономности старшеклассников как инструментального свойства личности в образовательном процессе [Электронный ресурс] / М.В.Нешумаев, Е.Н.Каткова, Е. В. Опевалова // Мир науки.— 2017. — Том 5.— № 4. — Режим доступа: <http://mir-nauki.com/PDF/39PDMN417.pdf>.
12. Семенова Л. Э. Образ идеального учителя в представлениях современных учеников /Л. Э. Семенова, А. В. Чевачина // Успехи современного естествознания.— 2015.— № 9–3. — С. 557–561. — EDN UNXEWH.

13. Федосеева И. А. Образ учителя в системе современного образования / И. А. Федосеева, М. П. Малиновская // Гуманизация образования.— 2014.— № 5.— С. 6–13.— EDN SPTIAT.

УДК 159.9

Взаимосвязь патологий волос с психоэмоциональными расстройствами

Айгнер Елена Александровна

Бакалавр по специальности «Управление персоналом»
Нижегородского института менеджмента и бизнеса

***Аннотация:** Статья посвящена психологическим особенностям больных алопецией, заключающихся в нарушениях в эмоционально-волевой и личностной сферах. Волосы — это не только красота, но и зеркало здоровья и молодости, а также имеют культурное, социологическое и психологическое значение. Во многих культурах волосы ассоциируются с личностью человека или сообществом. Волосы считаются показателем красоты и здоровья. На протяжении истории они рассматривались как символ власти и привлекательности у мужчин и как инструмент красоты и привлекательности у женщин. Поэтому, особенно при заболеваниях, сопровождающихся выпадением волос, возникают психосоциальные последствия, такие как значительное ухудшение самооценки и потеря самоуважения. В работе акцентируется внимание, на том, что, хотя выпадение волос обычно рассматривается как неопасная косметическая проблема, однако ее психологический эффект может достигать серьезных масштабов. Эта ситуация, которая часто наблюдается дерматологами в клинической практике, на самом деле мало изучена в литературе.*

***Abstract:** The article is devoted to psychological peculiarities of alopecia patients, consisting in violations in emotional-volitional and personal spheres. Hair is not only beauty, but also a mirror of health and youth. It also has cultural, sociological and psychological significance. In many cultures, hair is associated with a person's identity or community. Hair is considered an indicator of beauty and health. Throughout history, they have been seen as a symbol of power and attractiveness in men and as an instrument of beauty and attractiveness in women. Therefore, especially in diseases accompanied by hair loss, there are psychosocial consequences such as a significant deterioration of self-esteem and loss of self-respect. The paper emphasizes that although hair loss is usually considered as a non-threatening cosmetic problem, its psycholog-*

ical effects can reach serious proportions. This situation, which is often observed by dermatologists in clinical practice, is little studied in the literature.

Ключевые слова: алопеция, самооценка, патология, облысение, психологические проблемы.

Keywords: alopecia, self-esteem, pathology, baldness, psychological problems.

До сегодняшнего дня алопеция (выпадение волос) остается чрезвычайно актуальной проблемой, занимающей в сфере кожной патологии весомое место. Влияние болезни на психику отличается в зависимости от последствий, которые заболевание вызывает в жизни человека. Андрогенная алопеция широко распространена в современном обществе, поражая как мужчин, так и женщин. Выпадение волос имеет не только медицинское значение, оно стало очень важной частью самоидентификации или образа тела. Хотя волосы на голове человека не выполняют никакой существенной функции, за исключением покрытия черепа и защиты от солнечных лучей, но, однако они имеют большое социальное и психологическое значение по сравнению с их биологической важностью как физического барьера и теплоизолятора. [3 с. 33–37]

Почему волосы так важны для человека? В волосах на голове много символизма, и «здоровые волосы» обычно ассоциируются с приятной внешностью, обаянием, красотой, уровнем дохода и властью. Более того, волосы могут заявить о личности, как с точки зрения культурного происхождения, так и социальной принадлежности. Например, монахи обычно бреют головы, а ортодоксальные еврейские мужчины носят традиционные пейсы, чтобы подчеркнуть статус среди своих соплеменников, в то время как рокеры, как правило, носят темные, длинные и неопрятные волосы как символ своего неприятия власти.

Укладка волос на день — важная часть подготовки к встрече с внешним миром. Когда человек начинает терять волосы какие социальные сигналы они передают? Основатель фирмы Филип Кингсли убежден в том, что прическа меняет жизнь человека. Именно он предложил фразу «bad hair day», ставшую крылатой. С английского языка она переводится просто: «день плохих волос» — тот самый день, когда все получается наперекосяк,

даже прическа, тем самым подтверждая психологическую важность волос. Выпадение волос может превратить каждый день в день «плохих волос».

Психосоциальные последствия выпадения волос очень серьезны. Будучи косметическим недостатком, которое может повлиять на самоощущение и идентичность человека, выпадение волос связано с высокой распространенностью сопутствующих психических заболеваний. Это состояние часто вызывает сильный психоэмоциональный и психосоциальный стресс, особенно в связи с тревогой, депрессией, социофобией и расстройствами личности. [5 с. 50–56] По иронии судьбы, выпадение волос может вызвать эти психологические расстройства, но сами расстройства также могут спровоцировать или усугубить выпадение волос, что приводит к порочному кругу.

Постоянная концентрация внимания на выпадении волос, напряженное ожидание распространения патологического процесса способствуют еще большему усугублению эмоционального страдания, чувства тревоги, отчаянья и безнадежности. Последнее в значительной степени может быть обусловлено отсутствием эффективного лечения что, в конечном итоге, приводит к выраженной социальной дезадаптации и снижению качества жизни пациента. [2 с. 45–46]

Исследования показывают, что психологический стресс сильнее ощущается женщинами нежели мужчинами. Волосы — это венец красоты и гордость женщины, традиционно в нашем обществе считается, что они добавляют ей женственности и привлекательности. Потеря волос может сильно травмировать самооценку и идентичность женщины, особенно если это проявляется в молодом возрасте. Выпадение волос также может восприниматься женщинами как раннее старение, из-за чего они чувствуют потерю своей сексуальной привлекательности. Так же женщины с проблемами с волосами сталкиваются с повышенным давлением общества по сравнению с мужчинами, следовательно, облысение влияет на них более негативно и значительно ухудшает их жизненную ситуацию. [9 с. 285–289]

Психологическая концепция образа тела относится к мыслям, чувствам, восприятию и поведенческим изменениям, связанным с физической внешностью человека. Копна волос на голове воспринимается как признак пола, молодости, энергичности и статуса. Состоянием своих во-

лос недовольны около 80% населения нашей страны. По статистике 96% мужчин и 79% женщин с возрастом сталкиваются с повышенным выпадением волос. [6, с. 88–93].

Эмоции, возникающие в результате выпадения волос, иногда настолько переполняют человека, что это начинает значительно влиять на повседневную жизнь. Такое состояние может привести к ограничению общественной активности, избеганию семейных торжеств и трате огромного количества времени и денег на уход за волосами. Это поведенческое воздействие наблюдается и у мужчин, и у женщин. Зарубежная статистика имеет данные о том, что 20% мужчин связывает свои неудачи в бизнесе и любви с потерей волос и около 40% женщин с алопецией имели проблемы в браке и около 63% заявили о проблемах, связанных с карьерой [6, с. 88–93].

Волосы на голове — это уникальная часть человеческого тела, которая может быть изменена по желанию человека. Их можно покрасить, подстричь и завить за короткий промежуток времени. Напротив, любая трансформация других частей тела потребовала бы значительных усилий и времени, повлекла бы за собой различные хирургические процедуры. На основании ряда исследований, можно сделать вывод, что большинство пациентов, обращающихся за лечением от выпадения волос, имеют подспудную эмоцию или мотив, и это чисто физиологическая причина выглядеть лучше, с точки зрения их самооценки [1, с. 13–16].

Таким образом, патологии роста волос и негативные изменения их густоты или качества не только влияют на внешний вид человека, но и часто приводят к огромной эмоциональной нагрузке, приводя человека к неуверенности в себе, ухудшению качества его жизни и даже к психологическим расстройствам. Бремя болезней, связанных с выпадением волос, иногда сравнивают со страданиями, вызванными хроническими или опасными для жизни заболеваниями, которые, на первый взгляд, значительно более серьезны. Это происходит не столько из-за выпадения волос как такового, а скорее из-за реакции на выпадение волос. Волосы — это наиболее заметная часть тела, они являются очень важной составляющей для психологически здорового развития личности от детства до взрослой жизни и даже до смерти. Алопеция — это заболевание, которое следует оценивать с учетом его психоэмоциональных аспектов.

Список литературы

1. Арнаудова К.Ш., Садретдинов Р.А. О взаимосвязи алопеции и психоэмоциональных расстройств // В сборнике: Медицинские, социальные, психологические, педагогические, юридические аспекты психоэмоциональных расстройств. Материалы научно-практической конференции с международным участием. Астрахань, 2023. С. 13–16.
2. Асриян Я. И. Изменения характера у больных очаговой алопецией в зависимости от давности заболевания. Военно-медицинский журнал. 2010; (3) с. 45–46.
3. Елкина О.В., Мордовцева В. В. Диффузная алопеция: проблема и пути решения. Экспериментальная и клиническая дермотокосметология. 2010; (3) с. 33–37.
4. Крестьянинова О. А. Современная косметология. Новейший справочник. — СПб.: Сова, М.: Изд во Эксмо, 2004. — С. 386–512.
5. Мареева А.Н., Кондрахина И. Н. Психоэмоциональные состояния у больных нерубцующими алопециями (гнездной, андрогенетической). Вестник дерматологии и венерологии. 2015; (6) 50–56.
6. Менг Ф. М. Оценка эффективности различных схем лечения диффузной алопеции (по материалам обследования населения Иркутской области) Вестник эстетической медицины. 2010. Т. 9. № 3. С. 88–93.
7. Павлова, О. В. Основы психодерматологии / О. В. Павлова. — М.: Издательство ЛКИ, 2007.— 240 с.
8. Рук, А. Болезни волос и волосистой части головы / А. Рук, Р. Даубер, пер. с англ. яз. — М.: Медицина, 1985.— 528 с.
9. Урюпина Е.Л., Малишевская Н. П. Психоэмоциональный статус у больных диффузным телогенным выпадением волос. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2017; 20 (5): 285–289.

УДК 159.923.4

Воспитание темперамента

Иванов Денис Васильевич

кандидат педагогических наук, доцент кафедры Общей психологии и истории психологии Новосибирского государственного педагогического университета

Мытницкая Анастасия Владимировна

студент факультета Психологии Новосибирского государственного педагогического университета

***Аннотация:** Принято считать, что темперамент не поддается корректировке в силу его врожденной характеристики. Вопрос воспитания темперамента впервые поднимался учеными в 60-х годах прошлого столетия. До нашего времени дошли некоторые отголоски тех трудов и в этой статье мы совершаем попытку раскрытия данной темы. Мы затронем такие вопросы как: что такое темперамент; что понимается под воспитанием темперамента и насколько оно может быть актуально для нашего и последующих поколений.*

***Abstract:** It is generally believed that temperament is not correctable due to its innate characteristic. The issue of temperament education was first raised by scientists in the 60s of the last century. Some echoes of those works have survived to this day. This article makes an attempt to disclose this topic. The authors are touching upon such questions as what is temperament; what is understood under the education of temperament and to what extent it can be relevant for current and future generations.*

***Ключевые слова:** темперамент, воспитание, исследование, психология, воспитание темперамента.*

***Keywords:** temperament, education, research, psychology, raising temperament.*

Принято считать, что темперамент не поддается корректировке в силу его врожденной характеристики. Вопрос воспитания темперамента впервые поднимался учеными в 60-х годах прошлого столетия. До нашего времени дошли некоторые отголоски тех трудов и в этой статье мы совершаем попытку раскрытия данной темы. Мы затронем такие вопросы как: что такое темперамент; что понимается под воспитанием темперамента и насколько оно может быть актуально для нашего и последующих поколений.

В природе не существует двух абсолютно одинаковых личностей, каждая индивидуальна и неповторима, как отпечатки пальцев. У ребенка с ранних лет наблюдаются устойчивые особенности психики, которые служат психологическим фундаментом для развития индивидуальности. Данные психологические особенности, присущие человеку с рождения, называются свойствами темперамента. Темперамент является одной из основных проблем традиционной психологической науки и не является полностью изученным. К темпераменту относятся врожденные и индивидуально-своеобразные психические свойства. Для того чтобы характеристика темперамента была полной, необходимо учитывать, что динамика психической деятельности человека зависит как от мотивов, так и от психических состояний. Если мы говорим о человеке, например, медлительном, то его заинтересованность в каком-либо роде деятельности поможет ему выполнять все энергичнее и быстрее, вне зависимости от особенностей его темперамента [2].

Специфической стороной темперамента принято считать закономерную связь различных его свойств и структуру, характеризующую тип темперамента. Описание зависимости темперамента от свойств нервной системы выглядит следующим образом: чем сильнее выражено у человека одно физиологическое свойство нервной системы, тем меньше выражено соответствующее свойство темперамента и наоборот [2]. Психические свойства у любого типа темперамента и физиологические свойства нервной системы тесно взаимосвязаны. В биологическом смысле с помощью данной взаимосвязи происходит более четкая и своевременная адаптация организма к среде, в которой он находится, за счет компенсации одного свойства темперамента другим.

Итак, мы уже знаем, что тип нервной системы человека в основном обусловлен генотипом, то есть врожденными ее особенностями и есть необходимость учитывать, что в процессе жизнедеятельности генотип меняется. Так, под воздействием среды, посредством воспитания и упражнений человек значительно перестраивается, следовательно происходит превращение генотипа в фенотип, а значит мы можем говорить о высокой пластичности, так как поведение человека, помимо врожденных свойств нервной системы, зависит еще и от регулярного воспитания и обучения.

Таким образом, благодаря вышеуказанной пластичности и целенаправленному воздействию на структуру нервной системы можно оказывать влияние на темперамент человека. В процессе воспитания необходимо обратить внимание на устранение нежелательных черт темперамента. Работать в этом направлении целесообразно в детском и подростковом возрасте, поскольку именно в данном возрастном периоде организм ребенка стремительно растет и развивается, а типологические особенности нервных процессов еще не приобрели определенной стабильности. К примеру, если мы говорим о воспитании ребенка с флегматическим типом темперамента, то его можно задействовать в активных видах спорта на регулярной основе, чтобы подкрепить положительные черты [1].

Проанализировав научную литературу, мы выяснили, что изменчивость особенностей темперамента, которой можно добиться посредством воспитания, обусловлена психическим и физическим развитием человека, а задачей воспитания темперамента является постепенное развитие у детей положительных черт темперамента и приучение к сдерживанию его отрицательных проявлений, таких как, например, неоправданная чрезмерная подвижность и возбудимость.

Воспитание темперамента непосредственно связано с формированием волевых черт характера и заключается в развитии морально-волевых черт личности. Так, научившись управлять своим поведением, человек сможет выработать положительные черты темперамента. Например, возможные деструктивные действия, присущие холерикам, посредством воспитания волевых качеств личности будут заменены на борьбу с трудностями, стоящими на пути к определенной желаемой цели. В данном случае такими качествами могут выступать самообладание и терпеливость.

Таким образом, воспитание темперамента заключается в преодолении его отрицательных черт и закреплении положительных. Однако, необходимо учитывать особенности типов темперамента. Например, путем воспитания можно развить сдержанность у холериков и общительность у меланхоликов, а также скорректировать инертность у флегматиков и неустойчивость внимания у сангвиников [1].

Не существует «плохих» и «хороших» темпераментов — в различных условиях каждый тип темперамента проявляет себя по-разному. Важно

учитывать, что темперамент не определяет социальной ценности человека, не характеризует его как хорошего или плохого, от типа темперамента не зависит мировоззрение человека, как и не зависят его убеждения [2].

Выводы

К темпераменту относятся врожденные и индивидуально-своеобразные психические свойства, поэтому принято считать, что темперамент не поддается какой-либо коррективке и, тем более, воспитанию. Однако, анализ научной литературы по исследуемому вопросу показал, что воспитание темперамента не только возможно, но и необходимо. Особенно важно проводить данные мероприятия в детском и школьном возрасте, когда организм ребенка усиленно развивается, а особенности нервных процессов еще не приобрели определенной устойчивости.

Список литературы

1. Рудик П. А. Психология / П. А. Рудик. — М.: Физкультура и спорт, 1976.— 240 с.
2. Вяткин Б. А. Роль темперамента в спортивной деятельности. — М.: Физкультура и спорт, 1978.— 134 с.

УДК 159.9

Влияние детских травм на психическое здоровье во взрослой жизни: всесторонний анализ

Су Ино

выпускница Первой средней школы уезда Сисянь (Китай, провинция Шаньси)

Ян Юань

магистр, преподаватель психологии Первой средней школы уезда Сисянь (Китай, провинция Шаньси)

***Аннотация:** Эта статья углубляется в сложную взаимосвязь между невзгодами в детстве и их длительными последствиями для психического здоровья взрослых. Опираясь на множество эмпирических исследований и теоретических основ психологии, исследование этого уровня магистра направлено на выяснение многогранной динамики, лежащей в основе длительного воздействия неблагоприятных детских переживаний (ACE) на психологическое благополучие. В статье рассматриваются различные психологические механизмы, такие как нейробиологические изменения, когнитивные процессы и межличностные отношения, которые опосредуют взаимосвязь между несчастьями в детстве и последствиями для психического здоровья взрослых. Кроме того, в нем обсуждаются потенциальные стратегии вмешательства и профилактические меры для смягчения долгосрочных последствий невзгод раннего возраста.*

***Abstract:** This article delves into the complex relationship between adversity in childhood and its long-term effects on adult mental health. Drawing on a wealth of empirical research and theoretical frameworks in psychology, this master's level study seeks to elucidate the multifaceted dynamics underlying the long-term impact of adverse childhood experiences (ACEs) on psychological well-being. This article examines the various psychological mechanisms, such as neurobiological changes, cognitive processes, and interpersonal relationships, that mediate the relationship between childhood adversity and adult mental health outcomes. It also discusses potential intervention strategies and preventive measures to mitigate the long-term effects of early adversity.*

***Ключевые слова:** детские невзгоды, психическое здоровье, взрослые, травмы, стресс, психология.*

***Keywords:** childhood adversity, mental health, adults, trauma, stress, psychology.*

Целью настоящей статьи является рассмотрение вопроса о воздействии детских невзгод на формирование и состояние психического здоровья

взрослых. Мы стремимся выявить основные механизмы влияния, а также предоставить читателям глубокий понимание того, как прошлые травматические события в детстве могут отразиться на психическом благополучии взрослых.

Проблема исследования

Детство считается периодом формирования личности, и негативные события в этот период могут оставить глубокие следы. Проблема заключается в том, какие именно детские невзгоды могут повлиять на психическое здоровье взрослых, какие механизмы воздействия существуют, и как можно предотвратить отрицательные последствия.

Введение

Невзгоды в детстве включают в себя целый ряд переживаний, включая жестокое обращение, пренебрежение, семейную дисфункцию и другие формы жестокого обращения в годы становления. Обширные исследования показали, что этот неблагоприятный детский опыт может иметь глубокие и долговременные последствия для психического здоровья человека во взрослом возрасте.

Вопрос о том, как детские невзгоды могут повлиять на психическое здоровье взрослых, является сложным и многогранным. Детство часто оказывает глубокое воздействие на формирование личности, и негативные события в раннем возрасте могут оставить долгосрочные следы. В данной статье мы предпримем попытку всестороннего анализа влияния детских невзгод на психическое здоровье взрослых, рассматривая различные аспекты этого сложного вопроса.

С концепцией подвергнутых в детстве травм или недостатка родительской заботы связан ряд серьезных последствий, охватывающих личность. Эти негативные воздействия включают пониженную самооценку, неуверенность в себе, склонность к стрессам, тревогам, панике и депрессии, а также угрызания совести. Отрицательные последствия неблагоприятных событий в детстве проявляются в виде агрессивности, враждебности

и предрасположенности к криминальному поведению в характере личности. Многочисленные исследования подтверждают тесную связь между детскими травмами и различными психическими расстройствами, включая депрессию, беспокойство, расстройства личности и даже психозы, включая случаи шизофрении.

Исследователи из Института психиатрии Королевского колледжа в Лондоне провели анализ 23 544 случаев депрессивных расстройств, пришли к выводу, что неблагоприятное обращение с детьми существенно увеличивает риск развития депрессии в течение жизни и способствует формированию долгосрочных характеристик, таких как хроническая тенденция и склонность к рецидивам.

Кроме того, детские травмы увеличивают склонность к потреблению алкоголя и других психоактивных веществ, включая никотин и запрещенные наркотики. Важно отметить, что люди, страдающие от психических расстройств, склонны к злоупотреблению алкоголем и наркотиками, и те, кто зависимы от психоактивных веществ, чаще проявляют признаки депрессии, беспокойства и других психических нарушений.

Линда Палмер, известный американский детский психолог, предупреждает, что стресс, пережитый в раннем детстве, может оказать неизгладимое влияние на всю жизнь индивида. Нейропсихолог Томас Эльберт подчеркивает, что серьезные детские травмы способны необратимо разрушить личность, делая человека уязвимым на протяжении всей его жизни.

Существует также мнение, что тяжелые детские травмы могут привести к морфологическим изменениям в мозге, которые передаются наследственно. Эмоциональные последствия психотравмы, такие как деперсонализация, диссоциативная амнезия и утрата чувствительности к эмоциям, могут привести к различным нарушениям личности, включая тревожные, конверсионные, психотические и пограничные расстройства.

Итак, эффекты детских травм на психическое здоровье являются многогранными и могут проявляться в течение всей жизни. Понимание этих воздействий существенно для разработки эффективных методов предотвращения и лечения детских травм, а также для создания поддерживающей среды, способствующей здоровому развитию детей.

Основные виды детских невзгод

Прежде чем глубже вникнуть в вопрос влияния, важно определить, что подразумевается под детскими невзгодами. Это могут быть физическое или эмоциональное насилие, развод родителей, потеря близкого человека, абсентеизм родителей и многое другое. Разнообразие сценариев создает уникальный контекст для каждого человека.

Последствия на психическое здоровье:

Детские невзгоды могут оказать разнообразное воздействие на психическое здоровье взрослых. У некоторых людей возникают проблемы с самооценкой, депрессия, тревожность или посттравматическое стрессовое расстройство. Другие могут развить стратегии выживания, которые, в свою очередь, могут повлиять на их отношения и общественную активность.

Формирование личности

Детство считается периодом формирования личности, и детские невзгоды могут воздействовать на этот процесс. Некоторые люди развивают устойчивость и силу характера, преодолевая трудности, в то время как у других возникают трудности в адаптации к новым ситуациям и стрессам.

Способы преодоления влияния

Важно отметить, что не все люди, пережившие детские невзгоды, испытывают тяжелые последствия. Многие находят способы преодоления влияния через терапию, поддержку близких, самопомощь и другие стратегии. Это свидетельствует о резилентности человеческого духа и способности к выздоровлению.

Нейробиологическое воздействие невзгод детства

Нейробиологические исследования показали, что воздействие стрессоров в раннем возрасте может привести к изменениям в структуре и функциях мозга. Хронический стресс в детстве может повлиять на развитие

ключевых областей мозга, участвующих в эмоциональной регуляции и когнитивной обработке, таких как миндалевидное тело, гиппокамп и префронтальная кора. Эти изменения связаны с повышенной уязвимостью к расстройствам психического здоровья во взрослом возрасте.

Когнитивные процессы и психическое здоровье во взрослом возрасте

Когнитивные процессы, в том числе неадаптивные модели мышления и стратегии преодоления трудностей, разработанные в ответ на невзгоды детства, играют решающую роль в формировании результатов психического здоровья взрослых. У людей, переживших невзгоды, может развиться негативное самовосприятие, искаженные убеждения и дисфункциональные механизмы преодоления трудностей, которые способствуют развитию и поддержанию расстройств психического здоровья.

Межличностные отношения и социальное функционирование

Неблагоприятный детский опыт часто влияет на развитие навыков межличностного общения и формирование устойчивой привязанности. Качество ранних отношений может влиять на способность человека формировать здоровые связи во взрослом возрасте, влияя на социальное функционирование и способствуя возникновению проблем с психическим здоровьем.

Устойчивость и защитные факторы

Несмотря на пагубные последствия детских невзгод, все больше исследований подчеркивает важность устойчивости и защитных факторов, которые могут смягчить негативное воздействие. Такие факторы, как социальная поддержка, позитивные отношения и навыки преодоления трудностей, могут действовать как буферы, помогая людям преодолевать проблемы, вызванные невзгодами раннего возраста.

Стратегии вмешательства и профилактические меры

Понимание сложных путей, связывающих невзгоды в детстве с психическим здоровьем взрослых, имеет решающее значение для разработки эффективных стратегий вмешательства и профилактических мер. Терапевтические подходы, программы раннего вмешательства и инициативы на уровне сообществ могут способствовать разрыву цикла передачи невзгод из поколения в поколение и повышению устойчивости групп населения, находящихся в группе риска.

Роль общества и профессионалов

Общество и профессионалы в области психологии играют важную роль в поддержке тех, кто сталкивается с негативными воздействиями детских невзгод. Предоставление ресурсов, доступ к терапии и создание безопасной среды помогают людям в справлении с трудностями и восстановлении.

Дальнейшие исследования и перспективы

Тема влияния детских невзгод на психическое здоровье взрослых требует дальнейших исследований. Это поможет лучше понять механизмы воздействия и разработать эффективные методы поддержки для тех, кто сталкивается с подобными трудностями.

Последствия психологических травм, перенесенных в детстве, могут оказать глубокое воздействие на взрослую жизнь, проявляясь в форме депрессии, раздражительности, непроизвольной агрессии и постоянного чувства вины. Эти эмоциональные трудности не только влияют на общее самочувствие человека, но также оказывают негативное воздействие на его здоровье и взаимоотношения с окружающими. В результате подобных травм человек может испытывать затруднения в установлении качественных связей и ведении полноценной жизни. Отмечается, что у взрослых, подвергшихся травмам в детстве, увеличивается риск развития обсессивно-компульсивного расстройства.

Однако возможно эффективное лечение психотравм во взрослом возрасте, осуществляемое под контролем компетентного специалиста — психотерапевта или психолога. В таких случаях человек может рассчитывать на преодоление последствий травмы с использованием современных методов лечения. Опытный профессионал, используя разнообразные методики психотерапии, может помочь индивиду внутренне переработать эффекты травмы и найти способы преодоления возникающих отрицательных последствий.

Важно осознавать, что сценарии воспитания, передаваемые из поколения в поколение, часто передаются на неосознанном уровне. Имеет место копирование и воспроизведение психологических паттернов поведения от родителей к детям, а затем от детей к их потомкам. Таким образом, травмирующие события и отношения могут переходить на следующие поколения. Путем работы над собственными детскими травмами человек не только изменяет свою собственную жизнь, но также может положительным образом повлиять на будущие поколения.

Детские невзгоды могут оказать глубокое воздействие на психическое здоровье взрослых, но каждый случай уникален. Важно признать роль детства в формировании личности и разработать подходы к поддержке тех, кто сталкивается с трудностями. Взгляд в будущее требует дальнейших исследований и разработки стратегий помощи, чтобы обеспечить здоровое развитие каждого человека. Объединив данные нейробиологии, когнитивной психологии и межличностных отношений, он объясняет сложные механизмы, лежащие в основе устойчивых последствий стрессовых факторов раннего возраста. В документе подчеркивается важность решения проблем детства с помощью многогранных мер, учитывающих как индивидуальные факторы, так и факторы окружающей среды.

Список литературы

1. Анда Р.Ф., Фелитти В.Дж., Бремнер Дж.Д., Уокер Дж.Д., Уитфилд К., Перри Б.Д., ... и Джайлз У.Х. (2006). Устойчивые последствия жестокого обращения и связанных с ним неблагоприятных переживаний в детстве: совпадение данных нейробиологии и эпидемиологии. Евро-

- пейские архивы психиатрии и клинической нейробиологии, 256(3), 174–186.
2. Мастен А.С. (2014). Глобальные перспективы устойчивости детей и молодежи. Развитие ребенка, 85 (1), 6–20.
 3. Маклафлин К.А., Шеридан М.А. и Нельсон К.А. (2017). Пренебрежение как нарушение видового ожидания опыта: последствия для развития нервной системы. Биологическая психиатрия, 82(7), 462–471.
 4. Шонкофф Дж. П. и Гарнер А. С. (2012). Пожизненные последствия невзгод раннего детства и токсического стресса. Педиатрия, 129(1), e232–e246.
 5. Тейчер, М. Х., и Самсон, Дж. А. (2016). Жестокое обращение и психопатология в детстве: случай экофенотипических вариантов как клинически и нейробиологически различных подтипов. Американский журнал психиатрии, 173(6), 531–544.

УДК 159.972

Диссоциация и диссоциативные расстройства: граница между нормой и патологией

Власов Михаил Владимирович

студент Лечебного факультета Пермского государственного
медицинского университета имени академика Е. А. Вагнера
Министерства здравоохранения Российской Федерации

***Аннотация:** В статье рассматриваются термины диссоциация и диссоциативные расстройства с целью дифференцировки данных понятий друг от друга. Уделяется внимание проблеме характеристики процесса диссоциации как нормы или патологии, а также установлению причин, способствующих возникновению этого явления. Для получения наиболее полного представления о проблеме дана характеристика конкретных видов диссоциативных расстройств, позволяющая установить отличия между деперсонализационным расстройством, диссоциативной амнезией, диссоциативной фугой и диссоциативным расстройством идентичности, удостовериться в патологической природе данных состояний.*

Abstract: *This article examines the dissociation and dissociative disorders terms in order to differentiate these concepts from each other. Attention is paid to the problem of characterizing the process of dissociation as a norm or pathology, as well as to the establishment of the reasons contributing to the occurrence of this phenomenon. To get the most complete idea of the problem, the characterization of specific types of dissociative disorders is given, allowing to establish the differences between depersonalization disorder, dissociative amnesia, dissociative fugue and dissociative identity disorder, to ascertain the pathological nature of these conditions.*

Ключевые слова: *диссоциация, диссоциативные расстройства, травмирующие факторы, защитная реакция.*

Keywords: *dissociation, dissociative disorders, traumatic factors, defensive reaction.*

Тенденцией последних лет является привлечение широкого внимания общественности к различным областям психологии и психиатрии. С одной стороны, данную тенденцию можно назвать позитивной, ведь осведомлённость широкого круга лиц о «душевном» устройстве человека, а также о различных состояниях, характеризующихся возникновением расстройств психики человека, должна поспособствовать более гармоничным взаимоотношениям людей с обществом и с самими собой. Однако порой у столь значительного интереса становится заметна и обратная сторона. Многие понятия в психологии и психиатрии кажутся схожими и вызывают проблемы, связанные с трактовкой. Часто это приводит к отождествлению данных понятий и формированию неверного представления о психических процессах и заболеваниях, следствием чего является то, что не специализирующиеся на данной проблеме люди, обнаруживая у себя признаки вполне нормального и естественного психического процесса, приписывают себе наличие психического заболевания, имеющего ряд общих черт. Одним из наиболее ярких таких примеров являются понятия «диссоциация» и «диссоциативное расстройство», разбору которых посвящена данная статья.

Обращаясь к определению диссоциации, следует сказать, что это явление, которое характеризуется разъединением психических процессов, обычно осуществляющих свою деятельность совместно, в связи друг с другом. Иначе говоря, человек в результате диссоциации бессознательно отстраняется от своих мыслей, чувств и эмоций, тем самым фактически теряя над собой контроль.

Причиной возникновения диссоциации выступают различные сильные стрессовые ситуации, с которыми так или иначе сталкиваются практически все люди. Это могут быть любого рода насилие, потеря близкого человека, семейные проблемы, стихийные бедствия и многие другие. Воздействие столь сильных раздражителей способно нанести психике человека существенный урон, однако процесс диссоциации позволяет пережить возникшую стрессовую ситуацию путём обособления от травмирующей реальности. Проявления диссоциации очень обширны: к примеру, часто диссоциация приводит к возникновению ощущения невовлечённости в происходящие события — человек воспринимает на месте себя кого-то другого, что способствует притуплению эмоций или даже чувства боли. По своей сути процесс диссоциации можно назвать защитной реакцией и адаптационным механизмом, позволяющим человеку справиться с травмой, и вполне естественным психическим процессом, который нельзя назвать абсолютным свидетельством наличия какой-либо психической патологии.

Тем не менее, несмотря на важную роль диссоциации в защите психики от травмирующих воздействий, данный процесс нельзя назвать исключительно полезным либо хорошим. Можно утверждать, что единичные проявления диссоциации приносят больше пользы чем вреда, однако при привыкании к защите при помощи диссоциации и постоянном использовании данного механизма возможно возникновение патологических состояний — диссоциативных расстройств.

В настоящее время различают 4 типа диссоциативных расстройств, каждое из которых имеет смысл разобрать по отдельности:

1. Деперсонализационное расстройство — при этом типе диссоциативных расстройств происходит полная утрата «самого себя» со стороны человека. Происходит утрата не только каких-либо эмоций или чувств, но даже ощущения собственного тела. В результате психика человека становится абсолютно «пустой» — наступает абсолютная отрешённость от окружающего мира, человек теряет способность ощущать реальность.
2. Диссоциативная амнезия — проявляется в виде возникновения пробелов в памяти, как правило относящихся к периоду воздействия психотравмирующего фактора. Воспоминания о травмирующих событиях

могут быть либо неполными (вспоминаются лишь отдельные моменты), либо отсутствовать полностью.

3. Диссоциативная фуга — происходит внезапное исчезновение памяти обо всей своей жизни: человек не может вспомнить никакие факты из своего прошлого. Часто потеря памяти не осознаётся самим человеком — пациенты создают для себя новую личность и уезжают далеко от места своего изначального проживания, начиная новую жизнь. После выхода из данного состояния, который может произойти в промежутке от нескольких часов до нескольких месяцев, человек не помнит ничего, что происходило с ним в период фуги.
4. Диссоциативное расстройство идентичности — является, пожалуй, наиболее известным, а также наиболее тяжёлым из диссоциативных расстройств. Данное расстройство характеризуется возникновением в результате воздействия травмирующих событий множественных личностей (идентичностей). При этой патологии человек может в разное время вести себя как разные люди, каждый из которых будет характеризоваться своим характером, возрастом, поведением, воспоминаниями и даже голосом. Как принято считать, данные личности формируются в результате фрагментации изначальной личности. Часто диссоциативное расстройство идентичности сочетается с диссоциативной амнезией, поскольку воспоминания, полученные в период активности одной личности, остаются недоступными для других — в связи с этим картина осложняется пробелами в памяти.

Очевидно, что любое из диссоциативных расстройств уже никак нельзя назвать защитной реакцией. Каждое из них является серьёзным заболеванием, существенно снижающим качество жизни человека, столкнувшегося с данной проблемой, а потому диссоциативные расстройства требуют своевременных диагностики и лечения. Существенной проблемой является то, что диагностировать диссоциативные расстройства часто бывает крайне затруднительно, поскольку необходимо убедиться в психической природе заболевания и исключить связь с физическими патологиями, что занимает достаточно много времени. Данные меры являются необходимыми, ведь ключ к облегчению состояния пациента — обнаружение психотравмирующего фактора и уменьшение его воздействия на человека. Так

или иначе, соответствующая психотерапия и медикаментозная терапия способны создать для пациента достаточно полную и комфортную жизнь.

Список литературы

1. Диссоциация — объяснение сложной концепции [Электронный ресурс]. URL: <https://icloudhospital.com/ru/articles/dissociaciya-obuyasnenie-slozhnoj-konceptii> (дата обращения: 23.10.2023).
2. Ежков А. Диссоциация [Электронный ресурс]. URL: <https://www.perception.ru/articles/dissociaciya> (дата обращения: 22.10.2023).
3. Коган, Б. М. Проблема диссоциации в психологии и психиатрии / Б. М. Коган, Т. Е. Семина // Системная психология и социология. — 2010. — № 2. — С. 43–52.
4. Савченко, Т. Н. Уход от реальности (эскапизм): отечественные и зарубежные психологические подходы к определению понятия / Т. Н. Савченко, О. И. Теславская // Разработка понятий современной психологии. — Москва: Институт психологии РАН, 2021. — С. 672–702.
5. Травма, диссоциация и диссоциативное расстройство идентичности [Электронный ресурс]. URL: <https://tinyurl.com/mwby7xxv> (дата обращения: 23.10.2023).

УДК 159.9

Ценностно-духовный компонент творческого потенциала старшеклассников

Кайтукова Захира Хазметовна

старший преподаватель кафедры Психологии
Российского государственного университета имени А. Н. Косыгина

Аннотация: Предметом исследования в данной статье являются особенности ценностно-духовного компонента творческого потенциала у лиц младшего юношеского возраста, старшеклассников. Целью исследования является выявление различий в показателях ценностно-духовного компонента творческого потенциала у старшекласс-

ников с различными уровнями ориентированности на духовно-ценностные начала. В результате эмпирического исследования были получены статистически значимые различия в показателях ценностно-духовного компонента творческого потенциала среди респондентов с низким и высоким уровнем ориентированности на духовно-ценностные начала и среди респондентов-старшеклассников и старшеклассниц.

Abstract: *The subject of research in this article is the peculiarities of the value-spiritual component of the creative potential in young adolescents and high school students. The purpose of the study is to identify differences in the indicators of the value-spiritual component of creative potential in high school students with different levels of orientation to spiritual-value beginnings. As a result of the empirical study, statistically significant differences in the indicators of the value-spiritual component of creative potential were obtained among respondents with low and high levels of spiritual-value orientation and among senior high school students and senior female respondents.*

Ключевые слова: *ценностно-духовный компонент творческого потенциала старшеклассников, структурные компоненты творческого потенциала, инвариантный структурный компонент, вариативный структурный компонент, гендерные различия.*

Keywords: *value-spiritual component of creative potential of high school students, structural components of creative potential, invariant structural component, variable structural component.*

.....

Особый интерес для современной психологии представляет изучение ценностно-духовных ориентаций творческого потенциала лиц, переживающих этап становления, находящихся на пороге самостоятельной жизни, пребывающих в возрасте, специфичном вниманием к мировоззренческой проблематике, выбору вектора жизнедеятельности. Выбор данного вектора определит направленность их творческой активности, способ реализации полноты витальной энергии «юношей, обдумывающих жите». Изучение ценностно-духовных ориентаций старшеклассников рассматривается нами в контексте системного интегративного качества — творческого потенциала их личности, обеспечивающего восхождение к вершинам как самореализации, так и жизненной и профессиональной продуктивности в будущем.

Структура творческого потенциала личности старшеклассника включает в себя ценностно-духовный компонент (иерархию духовных ценностей

и способы их интерпретации, нереализованный нравственный потенциал (ННП)), мотивационный компонент (познавательный интерес, творческая мотивация) и операциональный компонент (знания, умения, навыки, интеллект, креативность). Внутри представленного комплекса компонент ценностно-духовных ориентаций выступает в качестве глобальной ориентировочной основы жизнедеятельности.

К настоящему времени сложились исторический (ориентирующий на рассмотрение духовного опыта как порождение определенных исторических, культурных условий существования людей), сравнительный (предполагающий выявление общего и специфического в различных религиях), контекстуальный (раскрывающий влияние на изучаемый предмет социального, политического и других контекстов), психолого-герменевтический (сосредоточенный на смысле религиозных явлений и их интерпретации) исследовательские подходы к религиозному опыту личности [4]

Понятие нравственности предполагают часть общечеловеческой культуры, которая содержит в себе общечеловеческие нравственные ценности, моральные нормы, правила поведения, знания, убеждения. На вопрос о том, что такое духовно-нравственные ориентиры человека, можно ответить следующим образом: это духовные и нравственные показатели, заключающие в себя такие ценности как совесть, любовь, добро, чувство долга, красоту, стремление к истине, жажду справедливости, стремление к идеалу. Духовно-нравственные ориентиры человека — это его ценности и убеждения. Это — установки личности, через которые она не может преступить. Они регулируют сознательную деятельность человека и помогают ему найти свое место в мире, являясь своеобразным стержнем его сознания [2,3].

В понимании природы индивидуальной духовности в психологии можно выделить несколько направлений: биогенетическое (генетическая предрасположенность к религиозности (Д. Хамер и др.)) гуманистическое (опыт наивысшего стремления человека к актуализации себя (У. Джеймс и др.)), психоаналитическое (религиозность как инструмент «освобождения от власти инстинктивных, социально вредных влечений»), психосоциальное (религиозность как результат социализации, усвоения традиций (К. К. Платонов и др.)), в его рамках выделяют подходы, связывающие

религиозность и такие явления, как преодоление страха неопределенности (Д. М. Угринович), стремление к смыслу, потребность в незабываемых основаниях своего бытия в форме идеалов и ценностей, стремление обрести свою идентичность, найти ответ на предельные вопросы о конечных целях своего существования, построить жизненную перспективу [5].

Согласно исследованиям, проведенным А. М. Двойниным, духовно-нравственные ориентации молодежи не являются выраженными вследствие мировоззренческого плюрализма, принятого в обществе и его структурах [1].

Эмпирическое исследование различий в показателях ценностно-духовного компонента творческого потенциала у старшеклассников с различными уровнями ориентированности на духовно-ценностные начала проводилось на выборке, состоявшей из 25 человек (10-ти юношей и 15-ти девушек), средний возраст которых составил 17–18 лет. Исследование проводилось посредством методики «Структура индивидуальной религиозности» Ю. В. Щербатых. В исследовании проводился сравнительный анализ структуры ценностно-духовных представлений в группах юношей и девушек. Объектом исследования являлась личность в младшем юношеском возрасте. Предметом исследования стали особенности ценностно-духовного компонента творческого потенциала у старшеклассников, юношей и девушек.

Целью исследования является выявление различий в показателях ценностно-духовного компонента творческого потенциала у старшеклассников с различными уровнями ориентированности на духовно-ценностные начала.

Результаты эмпирического исследования различий в показателях ценностно-духовного компонента творческого потенциала у старшеклассников с различными уровнями ориентированности на духовно-ценностные начала представлены в таблице 1.

Согласно полученным нами результатам исследования в данной возрастной группе духовные ценности наиболее часто связываются с тенденцией поисков в сфере духовного поддержки и утешения или представления о терапевтических возможностях духовности.

Одинаковую выраженность в обеих группах испытуемых имеет идея креационизма. Вероятно, современные представления об этом предмете

Таблица 1. Показатели ценностно-духовного компонента творческого потенциала лиц юношеского возраста с высоким и низким уровнями ориентации на духовные ценности

Структура показателей ценностно-духовного компонента творческого потенциала	Частота выбора представления		
	Средние показатели		значимость различий (p) по Т-критерию
	Низкий уровень	Высокий уровень	
отношение к религии как философской концепции	1,2	1,9	0,9
отношение к религии как к магии	1	3,2	2,9 p ≤ 0,01**..
отношение к религии как средству психологической поддержки	1	3,7	3,8 p ≤ 0,01**..
отношение к религии как совокупности обрядов	0,6	3,1	3,5 p ≤ 0,01**..
отношение к религии как «псевдонауке»	0,4	2,5	2,9 p ≤ 0,01**..
отношение к религии как отношениям с высшей силой	0,6	2,5	2, 8 p ≤ 0,01**..
отношение к религии как внутренней потребности	0	2,4	3, 2 p ≤ 0,01**..
отношение к религии как корпусу моральных норм	0,6	1,5	2, 301 p ≤ 0,05*.

находятся в определенном противоречии с традиционными установками. Следует учитывать также динамику духовной культуры и духовных ценностей личности. Система представлений о духовных ценностях юношества включает отождествление ее с магическими практиками. В сознании современного человека наряду с современными интерпретациями духовных ценностей соседствуют более древние, архаичные формы.

Обследуемые старшеклассники из группы с высоким уровнем ориентированности на духовные ценности связывают обращение к религии с возможностью пополнения и обретения личностного ресурса в сложных ситуациях, недоступных управлению и целенаправленному регулированию.

нию. В представлениях лиц юношеского возраста на втором месте ранговой иерархии находится внутренняя потребность в духовности, т. е. более выраженным является ее экзистенциально-мировоззренческий компонент. Это более соответствует возрастному развитию, связанному с совершенствованием рефлексии, постижением смысла собственного «Я», осознанием собственной индивидуальности, активным нравственным развитием, становлением мировоззрения. Важной стороной духовности представляется им обрядовая оформленность религиозного чувства, конфессиональная причисленность. У юношества с низким уровнем ориентации на духовные ценности духовность ассоциируется с абстрактно-теоретическим, филоофским способом объяснения устройства реальности. Наименее выражен в обеих группах интерес к «псевдонауке», или представления, которые вслед за К. Г. Юнгом можно обозначить как техногенно-мифологические.

Список литературы

1. Двойнин А. М. Гендерные аспекты религиозности современной молодежи / А. М. Двойнин // сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции, 14–15 апреля 2015 г., Москва, МГПУ. — М.: Экон-информ, 2015.— 396 с. С. 172–177.
2. Леонтьев Д. А. Психология смысла. М.: Смысл, 1999.— 486 с.
3. Островска К. В поисках ценностей / Перевод Э. Соколовой и Л. Господни-ковой. М.: ЦКМ, 2000.— 150 с.
4. Справочник современного психолога. Психодиагностика/ под общ. ред. С. Т. Посоховой. — М.: АСТ, 2006.— 671 с.
5. Hamer D. H. The God Gene: How Faith is Hardwired into our Genes/ D. H. Hamer. — N.Y.: Anchor, 2005.— 265 p.

УДК 616.43

Психологические факторы в формировании комплаентности у пациентов с сахарным диабетом второго типа: оценка и методы улучшения состояния

Гайнутдинова Алина Радиковна

студент Лечебного факультета Российского национального исследовательского
медицинского университета имени Н. И. Пирогова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Валенкова Ольга Романовна

студент Лечебного факультета Российского национального исследовательского
медицинского университета имени Н. И. Пирогова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Девяткина Ирина Юрьевна

студент Лечебного факультета Российского национального исследовательского
медицинского университета имени Н. И. Пирогова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Мартинкевич Ирина Александровна

студент Лечебного факультета Российского национального исследовательского
медицинского университета имени Н. И. Пирогова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Пулатова Азиза Мусо кызы

студент Педиатрического факультета Российского национального
исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

***Аннотация:** В статье рассматриваются определение и основные составляющие комплаентности, среди которых имеют значимое место психологические аспекты формирования приверженности пациентов к терапии сахарного диабета второго типа, их вклад в эффективную компенсацию состояния и нормализацию целевых показателей. При этом делается акцент на поведенческие особенности больных, их представ-*

лении о своей нозологии, а также установки, которым преимущественно следуют пациенты. Обращается внимание на различные методы оценки комплаентности, используемые в клинической практике. На основе проводимых исследований делается вывод о самых часто встречаемых причинах низкой приверженности пациентов к лечению, и предлагаются пути улучшения комплаентности.

Abstract: *The article deals with the definition and main components of compliance, among which psychological aspects of forming patients' adherence to therapy of type 2 diabetes mellitus, their contribution to effective compensation of the condition and normalization of target indicators have a significant place. In this case, emphasis is placed on the behavioral characteristics of patients, their perception of their nosology, as well as the attitudes that are predominantly followed by patients. Attention is drawn to various methods of assessing compliance used in clinical practice. Based on ongoing research, the most common causes of low patient adherence are concluded and ways to improve compliance are suggested.*

Ключевые слова: сахарный диабет второго типа, психологические факторы комплаентности, внутренняя картина болезни, локус контроля, совладающее поведение, психологическая установка, причины нон-комплаенса.

Keywords: *type 2 diabetes mellitus, psychological factors of compliance, internal picture of the disease, locus of control, coping behavior, psychological attitude, causes of non-compliance.*

.....

Сахарный диабет второго типа — это хроническое метаболическое заболевание, при котором уровень глюкозы в крови повышается из-за недостаточной чувствительности клеток к инсулину. Главными причинами гипергликемии при втором типе являются инсулинорезистентность и сниженная выработка инсулина β — клетками поджелудочной железы. Основными факторами риска такого состояния является отягощенная наследственность и составляющие образа жизни — высокоуглеводное питание и низкая физическая активность.

Длительное течение сахарного диабета и несоблюдение лечебных назначений могут приводить к различным серьезным осложнениям, таким как сердечно-сосудистые заболевания, диабетические нефропатия, ретинопатия, ангиопатия и нейропатия. Регулярное следование рекомендациям врача и поддержание здорового образа жизни помогают предотвратить развитие негативных последствий.

Огромную роль в компенсации сахарного диабета как хронического заболевания, т.е. достижения целевых значений показателей крови, играет комплаентность — (от англ. compliance — «соответствие, согласие, выполнение, соблюдение») — это степень соответствия между назначенным врачом режимом лечения и соблюдением этого режима пациентом. Этот термин, как и формулировка «приверженность к лечению», в нашей стране используется для описания того, насколько точно и полно пациент следует медицинским рекомендациям относительно принимаемых лекарств, диеты, физической активности и других моментов лечения. Процесс формирования данного состояния у пациента можно подразделить на этапы: осознание своей болезни и причин её возникновения; беседа с врачом — понимание врачом жалоб пациента и выбор терапевтических ресурсов; озвучивание медицинским специалистом целей и задач лечения; принятие пациентом назначений врача и плана по выздоровлению; разбор вопросов и инструктирование пациента [7].

Комплаентность включает в себя следующие компоненты: когнитивный (познавательный) и поведенческий. Первый компонент комплаентности выражается в желании или намерении пациента следовать рекомендациям, касающимся его здоровья, а второй компонент характеризует реальное выполнение назначений в повседневной жизни. Из этих компонентов складываются определенные психологические установки, во многом определяющие исход терапии: назначения врача могут не соблюдаться, если больной не осознает наличие заболевания; соблюдение рекомендаций по выборочному методу свидетельствует о неполном принятии заболевания; чрезмерное их исполнение говорит о преувеличении объёма болезни [7].

Всемирная организация здравоохранения выделяет пять групп факторов, влияющих на уровень комплаентности: социальные факторы; системные (связаны с системой здравоохранения) факторы; факторы, связанные с болезнью (тяжесть симптомов, стадия прогрессирования болезни, коморбидность); факторы, обусловленные терапией (сложность и длительность лечения); факторы, обусловленные особенностями пациента (нереалистичные ожидания, забывчивость, преждевременное прекращение терапии). В свою очередь, современная клиническая психология придер-

живается биопсихосоционоэтической модели комплаентности, которая учитывает не только биологические (характер имеющегося заболевания, побочные эффекты препаратов), социальные (взаимодействие «врач-пациент»), но и психологические и духовные факторы, ставя перед собой цель объяснить возникновение данного явления. [10].

Какие же психологические факторы влияют на комплаентность? К ним относятся личностные особенности пациента, внутренняя картина болезни — ментальное представление о своем заболевании и его излечимости, эмоциональные расстройства, уровень субъективного контроля, тип совладающего поведения и самоэффективность [12].

Большой вклад в формирование терапевтического союза оказывают личностные особенности пациента. Гипертимные личности часто недооценивают тяжесть заболевания, легко переключаются, не переносят монотонности и, соответственно, регулярно нарушают рекомендации врача. Гипотимические личности наоборот склонны переоценивать свое состояние: пессимистический фон способствует формированию терапевтического союза, но усиление депрессивного состояния, пессимизма приводит к обесцениванию прилагаемых усилий и, как следствие, к отказу от лечения. Тревожные личности четко следуют врачебным назначениям, а случайный пропуск приема лекарств наводит их на мысли о возможных негативных последствиях. Чтобы удержать больного от смены специалиста и терапии, необходима полная уверенность пациента в профессионализме врача и доверие к нему. Настойчивые, застревающие личности прикладывают все усилия для выздоровления с целью скорейшего достижения желаемого — избавления от недуга. Пациенты с шизоидными чертами личности зачастую занимаются самолечением, не следуют предписаниям врача относительно заболевания, что усложняет установление контакта с такими больными[2].

На основании описанных характеристик личности Кадыров Р.В. в опроснике «Уровень комплаентности» выделяет следующие психологические компоненты комплаентности, представленные в Таблице 1 [2]:

Проводимые исследования касательно личностных особенностей больных сахарным диабетом второго типа выявили, что пациенты отличаются высоким уровнем невротизации с выраженной тревогой, снижением

Таблица 1. Основные психологические компоненты комплаентности

Компоненты	Связь с комплаентностью
Тревожность	Беспокойство, преимущественно за свое здоровье, влияет на повышение уровня комплаентности.
Прошлый опыт	Позитивный опыт влияет на повышение всех компонентов комплаентности, преимущественно поведенческой, вследствие благополучного исхода в лечении как собственного заболевания, так и недугов других людей. Негативный опыт обуславливает снижение комплаентности вследствие травматического влияния неудач в проведении лечения и отрицательных отзывов других людей.
Приоритетность ценностей	Превалирование в системе ценностей здоровья и поддержания физической формы определяет высокий уровень комплаентности.
Качество жизни	Полноценность жизни (психологический комфорт, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт) напрямую зависит от состояния здоровья и, соответственно, его поддержания, а значит высокой комплаентности.
Психологическое благополучие	Уровень базовых составляющих психологического благополучия (автономия, компетентность, личностный рост, принятие себя) обуславливает определённую степень комплаентности.

активности, недооцениванием собственных возможностей, также они были склонны к интроверсии [9]. По профилю СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности) диабетика имели пики по шкалам психастении и шизоидии, отмечался подъем по шкалам ипохондрии, депрессии и истерии — невротической триады, свидетельствующей об использовании психологического защитного механизма «бегство в болезнь» [1].

Важной составляющей комплаентности является внутренняя картина болезни — структурированное образование, включающее в себя 4 уровня психологического отражения болезни: уровень непосредственно-чувственного отражения болезни; эмоциональный уровень; интеллектуальный уровень; мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка мотивационной структуры) [6]. Что же касается сахарного

диабета второго типа, то именно понимание того, как человек воспринимает свою болезнь (чувственно и эмоционально), осознает какие изменения произойдут в его жизни (зачастую для многих СД — вопрос приема лекарств и ограничения сладкого) дает возможность прогнозировать дальнейшее поведение пациента и составить индивидуальные рекомендации с учетом отношения к ним самого больного. Особенно важным моментом в консультировании является учет имеющихся у пациента «барьеров» — факторов, не позволяющих достигнуть высокой комплаентности у больных сахарным диабетом — изменение рациона питания, увеличение физической нагрузки и проявление самоконтроля. Также во время разговора врачу необходимо четко формулировать информацию, касающуюся болезни, и помнить о том, что любые неосторожные высказывания и действия могут вызывать нежелательные психические реакции у больного — ятрогении, отрицательно сказывающиеся на приверженности пациента к лечению [12].

Следующий немало важный аспект комплаентности — локус контроля или уровень субъективного контроля, который неразрывно связан с интерпретацией значимых событий. Пациент выбирает кто или что будет нести ответственность за его сахарный диабет.

Существуют экстернальный и интервальный варианты локуса контроля. Лица, относящиеся к первой группе, полагают, что внешние факторы, такие как судьба, случай, другие люди, т.е. постороннее воздействие влияет на их успехи и неудачи в лечении. Вторая группа характеризуется твердым убеждением, что они сами оказывают влияние на сложившиеся обстоятельства и несут за них ответственность — отсюда и активное применение мер по улучшению и сохранению здоровья [13].

Другой элемент комплаенса при сахарном диабете — совладающее поведение — сознательный процесс, ориентированный на преодоление психического напряжения путем эмоционально-поведенческих и когнитивных усилий пациента. Перед диабетиком встает ряд адаптационных задач: овладение навыками диагностических и лечебных мероприятий, сохранение эмоционального баланса, развитие чувства самоконтроля и владения ситуацией. Больные сахарным диабетом нуждаются в хорошо выработанном совладающем поведении с целью купирования стресса, связанного

с определенным режимом жизни, которого необходимо ежедневно придерживаться[12].

Большое значение при прогнозировании степени приверженности к лечению сахарного диабета имеет самоэффективность, отражающая веру пациента в свою способность контролировать свое заболевание и достичь положительных результатов. Диспозиционный оптимизм в отношении лечения прямо коррелирует с комплаентностью: чем больше пациенты убеждены в достижимости желаемого результата, тем лучше они соблюдают врачебные рекомендации и придерживаются правильного образа жизни [8].

Эмоциональные расстройства (дистресс) также играют существенную роль в психосоциальной адаптации к сахарному диабету и приверженности к лечению. Выраженность дистресса, которую можно количественно измерить с помощью шкалы PAID (Problem Areas in Diabetes Survey), значительно влияет на показатели гликозилированного гемоглобина и поведение пациента при сахарном диабете вне зависимости от возраста и длительности болезни [12].

Среди методов оценки комплаентности выделяют прямые и косвенные: к первым относятся качественно меняющиеся показатели метаболической картины в биологических жидкостях, ко вторым — анализ дневника пациента, проведение анкетирования с использованием специально разработанных опросников (диагностических шкал). Среди опросников общего назначения, оценивающих приверженность к лечению, общепризнанной и известной в клинической практике является шкала Мориски-Грина (MMAS-4) [15]. В России для этих же целей применяется опросник «Уровень комплаентности» Р. В. Кадырова[2]. Также в эндокринологии используются специализированные диагностические шкалы: опросник по оценке приверженности лечению (Attitude Toward Treatment Adherence Questionnaire), созданный для пациентов с сахарным диабетом второго типа; объединенная шкала по изучению различных аспектов поведения пациента, связанного с СД (The Summary of Diabetes Self-Care (SDSCA)) [3,16,17]. Основные параметры, которые рассматриваются в этих опросниках: соблюдение режима диеты, наличие физической активности, самоконтроль глюкозы в крови, артериального давления, уход за ногами, курение. Выяснилось, что наибольшая комплаентность, как показывают исследования,

наблюдается среди лиц, принимающих инсулинотерапию: она проявлялась в регулярном посещении врача, соблюдении ограничений в питании, надлежащем контроле дозировки и кратности приема лекарств[5,11].

Результаты проводимых анкетирований показали, что среди причин низкой приверженности к лечению сахарного диабета превалируют ограничения в доступности амбулаторной помощи, недостаточная информация от лечащего врача, дефицит и дороговизна льготных лекарств и медицинских изделий в аптеке[11]. Решение данных проблем позволит выйти на более высокий уровень показателей комплаенса.

Исследования показали, что пациенты с диабетом ожидают от медицинского работника больше внимания, общения и понимания их проблем (происходит формирование доверия к врачу), проявления уважения — данные качества эмпатии должны быть развиты у врача и четко настроены на контакт с больным. Установлено, что степень вовлеченности медицинского работника в достижение стратегических целей назначаемой терапии напрямую влияет на уровень намерений пациентов выполнять врачебные рекомендации.

Чтобы решить материальные вопросы, снижающие приверженность к терапии, необходима разработка механизмов, обеспечивающих свободный доступ пациента к медицинской помощи и наличие в аптеке доступных льготных лекарств — для этого пункта требуются изменения, затрагивающие систему здравоохранения в целом: разработка проектов, увеличение финансирования[14].

Что касается просветительского и мотивационного аспекта комплаенса, то весомый вклад, который отмечают пациенты с диабетом, привносит «школа диабета», где больные получают знания о своей нозологии и находят людей, с которыми у них имеется схожая цель — быть ментально и физически здоровыми. Помимо единомышленников с диабетом для укрепления веры в себя и в успех своего лечения пациенты нуждаются в поддержке и помощи со стороны родных и близких, осведомленных о его состоянии [4].

Комплаентность в медицинской науке представляет собой проблему большой практической важности, особенно когда дело касается такого грозного заболевания как сахарный диабет второго типа. Для улучшения состояния приверженности к лечению необходимо создание действенных

комбинированных подходов его формирования, включающих образовательно-поведенческие и психокоррекционные компоненты, а фоном для этого должна служить доступная материальная база (амбулатории, стационары, лекарства). Врачу-эндокринологу помимо знаний в специализированной сфере также важно быть грамотным в области психологии, что позволяет заключить прочный терапевтический альянс с пациентом и проложить прямую дорогу к повышению эффективности терапии и улучшению показателей здоровья.

Список литературы

1. Валиева Д. А. Психэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом // Вестник современной клинической медицины.— 2014.— № Приложение 1.
2. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С. А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. — Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014.— 74 с.
3. Калашникова М.Ф., Бондарева И. Б. Приверженность к лечению при сахарном диабете 2-го типа: определение понятия, современные методы оценки пациентами проводимого лечения // Лечащий врач.— 2015.— № 3. — с. 46–48.
4. Митрофанова И.С., Столбова М.В., Вдовенко Л.Г., 4. Павлова А. А. Приверженность к лечению пациентов с сахарным диабетом // Современные проблемы науки и образования.— 2017.— № 4.
5. Мушников Д.Л., Чих И.Д., Кузнецова М.А., Алексашина А. О. Социокультурные аспекты комплаентности пациентов с умеренным и высоким риском развития сахарного диабета // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко.— 2022.— № 4.
6. Николаева В. В. Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии // Сборник научных работ — Ленинград — 1976. — С. 95–98.
7. Павлова О.С., Шапатина О. В. Роль психологического аспекта в формировании комплаентности у пациентов // Universum: психология и образование: электрон. научн. журн.— 2020.— № 11(77).

8. Продовикова А.Г., Имайкина Л. Р. Связь личностных особенностей и комплаентности у пациентов с сахарным диабетом // Психологические исследования.— 2023 — Т. 16, № 87 — С. 4
9. Рачко Т. А. Клинико-психологические особенности больных сахарным диабетом: автореферат, диссертация, канд. мед. наук. — Красноярск — 2007. — 24 с.
10. Сафин, М. Р. Проблема исследования комплаентности / М. Р. Сафин // NovaUm.Ru.— 2019.— № 21. — С. 238–240.
11. Соколова В.В., Кириленко В.В., Саватеева А. Д. Оценка приверженности к лечению больных, страдающих сахарным диабетом // МНИЖ.— 2022.— № 6–2 (120).
12. Старостина, Е. Г. Роль комплаентности в ведении больных диабетом / Е. Г. Старостина, М. Н. Володина // РМЖ.— 2015. — Т. 23, № 8. — С. 477–480.
13. Суркова Е. В. Значение некоторых психологических факторов в контроле и лечении сахарного диабета// Проблемы Эндокринологии.— 2004.— 50(1) — 44–47.
14. Царанов К.Н., Пивень Д.В., Линденбратен А.Л., Тарбастаев А. Г. Влияние пациентоориентированности врача на Вовлеченность пациента в лечение // Менеджер здравоохранения.— 2018.— № 3.
15. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // Med. Care.— 1986— 24–67–74.
16. Prado-Aguilar C. A., Martínez Y. V., Segovia-Bernal Y. et al. Performance of two questionnaires to measure treatment adherence in patients with Type-2 Diabetes // BMC Public Health.— 2009.— 9–38.
17. Toobert D. J., Hampson S. E., Glasgow R. E. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure Results from 7 studies and a revised scale // Diabetes Care.— 2000.— 23–943–950.

Журнал «Научный аспект №11 2023»

Эл. почта редакции: public@na-journal.ru

Подробнее на сайте: <https://na-journal.ru>