

НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ / NATIONAL HEALTH

СЕТЕВОЕ ИЗДАНИЕ

Выходит 4 раза в год

№ 3 от 25.09.2023

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д-р мед. наук, проф., академик РАН
Порханов Владимир Алексеевич

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

канд. филос. наук, доц.
Бугаенко Юлия Юрьевна

ШЕФ-РЕДАКТОР

д-р соц. наук, проф.
Попов Михаил Юрьевич

ЗАВЕДУЮЩАЯ РЕДАКЦИЕЙ

Шелкова Елена Андреевна

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Филиппов Евгений Федорович (РФ, г. Краснодар)
Абакумова Ирина Владимировна (РФ, г. Краснодар)
Алексеев Сергей Николаевич (РФ, г. Краснодар)
Волков Юрий Григорьевич (РФ, г. Ростов-на-Дону)
Авнесян Грант Михайлович (Армения, г. Ереван)
Андреев Эдуард Михайлович (РФ, г. Москва)
Антонович Иван Иванович (Беларусь, г. Минск)
Балалыкин Дмитрий Алексеевич (РФ, г. Москва)
Беслангурова Зарема Аслановна (РФ, г. Майкоп)
Бойко Наталья Владимировна (РФ, г. Ростов-на-Дону)
Гуменюк Сергей Евгеньевич (РФ, г. Краснодар)
Ермаков Павел Николаевич (РФ, г. Ростов-на-Дону)
Исанова Валида Адимовна (РФ, г. Казань)
Камилова Нигяр Мир-Наги (Азербайджан, г. Баку)
Кандыбович Сергей Львович (РФ, г. Рязань)
Ковелина Татьяна Афанасьевна (РФ, г. Краснодар)
Косяков Сергей Яковлевич (РФ, г. Москва)
Ляшова Светлана Аслановна (РФ, г. Майкоп)
Ордокова Аминат Нурбиевна (РФ, г. Майкоп)
Орлянский Вениамин (Австрия, г. Вена)
Петрий Петр Владимирович (РФ, г. Москва)
Плугина Мария Ивановна (РФ, г. Ставрополь)
Попандопуло Виктория Александровна (РФ, г. Краснодар)
Пусько Виталий Станиславович (РФ, г. Москва)
Соловьева Ольга Владимировна (РФ, г. Ставрополь)
Тарабанова Ольга Викторовна (РФ, г. Майкоп)
Хитарьян Александр Георгиевич (РФ, г. Ростов-на-Дону)
Шажинбат Ариунаа (Монголия, г. Улан-Батор)
Шефель Сергей Викторович (РФ, г. Симферополь)
Шингаров Георгий Христович (РФ, г. Москва)

Журнал Национальное здоровье / National Health включен в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

СОУЧРЕДИТЕЛИ:

- Министерство Здравоохранения Краснодарского края;
- ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации;
- ИП Бугаенко Юлия Юрьевна

Регистрационный номер – Эл № ФС77-82307 от 10 декабря 2021 г. Выдан Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Редакция расположена по адресу:
350000, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Дальняя, д. 8/2, оф. 4

Контакты редакции:
8(988)167-67-67
8(989)819-19-19

www.national-zdorov.ru

national-zdorov@mail.ru

Редакция соблюдает принципы Международной организации «Комитет по издательской этике» (Committee on Publication Ethics – COPE)

Автор(ы) гарантирует(ют), что публикуемое произведение не является плагиатом, не содержит государственную тайну и исключительные права на данное произведение ранее не переданы третьему лицу, а также не содержит запрещенных к открытой публикации материалов в строгом соответствии с национальными законодательствами и внутренними программами в области экспортного контроля.

16+

CO-FOUNDERS:

- Ministry of Health of Krasnodar territory;
- State Budget Educational Institution of Higher Professional Education «Kuban State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation;
- PE Bugaenko Julia Yurievna.

Registration number – ЭЛ № ФС77-82307 of december 10, 2021 issued by the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology and Mass Communications.

Editorial office is located at the address:
350000, Krasnodar territory, Krasnodar, Dal'naya st., 8/2, of. 4

Editorial contacts:
8(988)167-67-67
8(989)819-19-19

www.national-zdorov.ru

national-zdorov@mail.ru

The editorial board observes the principles of the Committee on Publication Ethics (COPE)

The author(s) guarantees that the published work does not plagiarize, does not contain state secrets, and the exclusive rights to this work have not been previously transferred to a third party, and does not contain materials that are prohibited for publication in strict accordance with the national legislation and internal programs in the field of export control

16+

НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ / NATIONAL HEALTH

ONLINE EDITION

Published 4 times a year

№ 3 from 25/09/2023

EDITOR-IN-CHIEF

Prof., Dr. of Medicine, Academician of the Russian Academy of Sciences
Vladimir A. Porkhanov

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Ph.D. in Philosophy, Associate Prof
Yulia Yu. Bugaenko

EDITOR-IN-CHIEF

Dr. in Social Sciences, Prof.
Mikhail Yu. Popov

EDITORIAL MANAGER

Elena A. Shelkova

EDITORIAL BOARD:

Evgeny F. Filippov (Russian Federation, Krasnodar)
Irina V. Abakumova (Russian Federation, Krasnodar)
Sergey N. Alekseenko (Russian Federation, Krasnodar)
Yuriy G. Volkov (Russian Federation, Rostov on Don)
Grant M. Avnessyan (Armenia, Yerevan)
Eduard M. Andreev (Russian Federation, Moscow)
Ivan I. Antonovich (Belarus, Minsk)
Dmitry A. Balalykin (Russian Federation, Moscow)
Zarema A. Beslangurova (Russian Federation, Maikop)
Natalya V. Boyko (Russian Federation, Rostov on Don)
Sergey E. Gumenyuk (Russian Federation, Krasnodar)
Pavel N. Ermakov (Russian Federation, Rostov on Don)
Valida A. Isanova (Russian Federation, Kazan)
Nigar Mir-Naghi Kamilova (Azerbaijan, Baku)
Sergey L. Kandybovich (Russian Federation, Ryazan)
Tatyana A. Kovelina (Russian Federation, Krasnodar)
Sergey Ya. Kosyakov (Russian Federation, Moscow)
Svetlana A. Lyausheva (Russian Federation, Maikop)
Aminat N. Ordokova (Russian Federation, Maikop)
Veniamin Orlyansky (Austria, Vienna)
Petr V. Petriy (Russian Federation, Moscow)
Maria I. Plugina (Russian Federation, Stavropol)
Viktoriya A. Popandopulo (Russian Federation, Krasnodar)
Vitaliy S. Pusko (Russian Federation, Moscow)
Olga V. Solovyova (Russian Federation, Stavropol)
Olga V. Tarabanova (Russian Federation, Maikop)
Aleksandr G. Khitryan (Russian Federation, Rostov on Don)
Shazhinbat Ariunaa (Mongolia, Ulan Bator)
Sergey V. Shefel (Rostov on Don, Simferopol)
Georgy Kh. Shingarov (Russian Federation, Moscow)

Journal National Health is included in the list of peer-reviewed scientific journals, which should be published the main scientific results of dissertations for the degree of Doctor and Candidate of Sciences

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Порханов Владимир Алексеевич,

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсом торакальной хирургии, Кубанский государственный медицинский университет, главный врач, ГБУЗ Научно-исследовательский институт — «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Филиппов Евгений Федорович,

доктор медицинских наук, министр здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар.

Абакумова Ирина Владимировна,

академик Российской академии образования, доктор психологических наук, профессор, декан факультета психологии, заведующий кафедрой общей и консультативной психологии педагогики и дефектологии, Донской государственной технической университет, г. Ростов-на-Дону.

Алексеев Сергей Николаевич,

доктор медицинских наук, профессор, ректор, Кубанский государственный медицинский университет Минздрава Российской Федерации, г. Краснодар.

Волков Юрий Григорьевич,

доктор философских наук, профессор, научный руководитель Института социологии и регионоведения, Южный федеральный университет, директор Южнороссийского филиала Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, г. Ростов-на-Дону.

Авнесян Грант Михайлович,

доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей психологии, Ереванский государственный университет, Армения.

Андреев Эдуард Михайлович,

доктор философских наук, профессор, главный научный сотрудник Центра методологии исследования социально-политических процессов евразийской интеграции Института социально-политических исследований, Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук, г. Москва.

Антонович Иван Иванович,

Заслуженный деятель науки Республики Беларусь, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор философских наук, профессор, Республика Беларусь.

Балалыкин Дмитрий Алексеевич,

доктор медицинских наук, доктор исторических наук, профессор, заведующий кафедрой истории медицины, истории отечества и культурологии, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва.

Беслангурова Зарема Аслановна,

кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, декан лечебного факультета, Майкопский государственный технологический университет.

Бойко Наталья Владимировна,

доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии, Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону.

Гуменюк Сергей Евгеньевич,

доктор медицинских наук, профессор, декан педиатрического факультета, Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Краснодар.

Ермаков Павел Николаевич,

академик Российской академии образования, доктор биологических наук, профессор, заведующий кафедрой психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики, Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону.

Исанова Валида Адимовна,

доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии ФПК и ППС, Казанский государственный медицинский университет, г. Казань.

Камилова Нияр Мир-Наги,

доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства-гинекологии Азербайджанский медицинский университет, Азербайджан, г. Баку.

Кандыбович Сергей Львович,

доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник Научно-образовательного центра практической психологии и психологической службы, Рязанский государственный университет имени С.А. Есенина, г. Рязань.

Ковелина Татьяна Афанасьевна,

доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой философии, психологии и педагогики, Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар.

Косяков Сергей Яковлевич,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии, Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования.

Ляшова Светлана Аслановна,

доктор философских наук, профессор, профессор кафедры философии и социологии, Адыгейский государственный университет, г. Майкоп.

Ордокова Аминат Нурбиевна

доцент кафедры акушерства и гинекологии, Майкопский государственной технологический университет.

Орлянский Вениамин,

доктор медицинских наук, профессор, Health Service Center-Wiener Privatklinik. Австрия, г. Вена.

Петрий Петр Владимирович,

доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии и религиоведения, Военный университет им. Князя Александра Невского Министерства обороны РФ, г. Москва.

Плугина Мария Ивановна,

доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой педагогики, психологии и специальных дисциплин, Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь.

Попандопуло Виктория Александровна,

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «МГТУ», профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России, Главный врач ООО «Кубанский медицинский центр», Главный внештатный специалист по акушерству, по гинекологии Минздрава России в ЮФО.

Пусько Виталий Станиславович,

доктор философских наук, профессор кафедры политологии МГТУ им. Н.Э. Баумана, г. Москва.

Соловьева Ольга Владимировна,

доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры коррекционной психологии и педагогики, Северо-Кавказский федеральный университет, г. Ставрополь.

Тарабанова Ольга Викторовна,

доцент кафедры акушерства и гинекологии, Майкопский государственной технологический университет, Главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин Минздрава России в ЮФО.

Хитарьян Александр Георгиевич,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением хирургии, заведующий кафедрой хирургических болезней номер 3, Дорожная клиническая больница, г. Ростов-на-Дону.

Шажинбат Ариунаа,

доктор философских наук, профессор, директор Института философии Монгольской Академии наук, Монголия, г. Улан-Батор.

Шефель Сергей Викторович,

доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой гуманитарных и социально-экономических дисциплин, Крымский филиал Российского государственного университета правосудия, г. Симферополь.

Шингаров Георгий Христович,

доктор философских наук, профессор, профессор кафедры философии, Современная гуманитарная академия, г. Москва.

EDITOR-IN-CHIEF

Vladimir A. Porkhanov,

Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Oncology with a Course of Thoracic Surgery, Kuban State Medical University, Head Doctor, Krasnodar State Budgetary Institution Scientific Research Institute – «Regional Clinical Hospital № 1 named after Professor S.V. Ochapovsky» Ministry of Health of the Krasnodar region, Krasnodar.

EDITORIAL BOARD:

Evgeny Fedorovich Filippov,

Doctor of Medicine, Minister of Health of Krasnodar region, Krasnodar.

Abakumova Irina Vladimirovna,

Academician of the Russian Academy of Education, Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Faculty of Psychology, Head of the Department of General and Consulting Psychology of Pedagogy and Defectology, Don State Technical University, Rostov-on-Don.

Alekseenko Sergey Nikolaevich,

Doctor of Medicine, Professor, Rector, Kuban State Medical University, Ministry of Health Care of the Russian Federation, Krasnodar.

Yuri Grigorievich Volkov,

Doctor of Philosophy, Professor, Scientific Director of the Institute of Sociology and Regional Studies, Southern Federal University, Director of the South Russian Branch of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, Rostov-on-Don.

Grant Mikhailovich Avnesyan,

Doctor of Psychology, Professor, Head of the General Psychology Department, Yerevan State University, Armenia.

Andreev Eduard Mikhailovich,

Doctor in Philosophy, Professor, Chief Researcher at the Center for Research Methodology of Social and Political Processes of Eurasian Integration, Institute for Social and Political Studies, Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, Moscow.

Antonovich Ivan Ivanovich,

Honored Scientist of the Republic of Belarus, Honored Scientist of the Russian Federation, Doctor of Philosophy, Professor, Republic of Belarus.

Balalykin Dmitriy Alekseyevich,

Doctor of Medicine, Doctor of Historical Sciences, Professor, Head of the Department of History of Medicine, History of Fatherland and Cultural Studies, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow.

Beslangurova Zarema Aslanovna,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Dean of the Faculty of Medicine, Maikop State Technological University.

Boyko Natalia Vladimirovna,

Doctor of Medicine, Professor, Department of Otorhinolaryngology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don.

Gumenyuk Sergey Evgenyevich,

Doctor in Medicine, Professor, Dean of the Faculty of Pediatrics, Kuban State Medical University, Ministry of Health Care of Russia, Krasnodar.

Ermakov Pavel Nikolaevich,

Academician of the Russian Academy of Education, Doctor of Biological Sciences, Professor, Head of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology, Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University, Rostov-on-Don.

Isanova Valida Adimovna,

Doctor of Medicine, Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery, FPC and PPS, Kazan State Medical University, Kazan.

Kamilova Nigar Mir-Nagi,

Doctor of Medicine, Professor of the Chair of Obstetrics-gynecology, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan.

Kandybovich Sergey L'vovich,

Doctor of Psychology, Professor, Leading Researcher, Research Center for Practical Psychology and Psychological Service, Ryazan State University named after S.A. Esenin, Ryazan.

Kovelina Tatiana Afanasievna,

Doctor of Philosophy, Professor, Head of the Department of Philosophy, Psychology and Pedagogy, Kuban State Medical University, Krasnodar.

Kosyakov Sergey Yakovlevich,

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Otorhinolaryngology, Russian Medical Academy of Continuing Postgraduate Education.

Lyausheva Svetlana Aslanovna,

Doctor of Philosophy, Professor, Professor of Philosophy and Sociology Department, Adygeyan State University, Maykop.

Ordokova Aminat Nurbievna,

Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Maikop State Technological University.

Veniamin Orlyansky,

Doctor in Medicine, Professor, Health Service Center-Wiener Privatklinik, Austria, Vienna.

Petriy Petr Vladimirovich,

Doctor of Philosophy, Professor, Head of the Department of Philosophy and Religious Studies, Military University named after Prince Alexander Nevsky of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Moscow.

Plugina Maria Ivanovna,

Doctor of Psychology, Professor, Head of the Chair of Pedagogy, Psychology and Special Disciplines, Stavropol State Medical University, Stavropol.

Popandopulo Viktoriya Alexandrovna,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology «MSTU», Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Medical Faculty of the Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Chief Physician of LLC «Kuban Medical Center», Chief freelance specialist in obstetrics, gynecology of the Ministry of Health of Russia in the Southern Federal District.

Pusko Vitaly Stanislavovich,

Doctor of Philosophy, Professor, Department of Political Science, Bauman Moscow State Technical University, Moscow.

Solovyova Olga Vladimirovna,

Doctor of Psychology, Professor, Professor, Department of Corrective Psychology and Pedagogy, North Caucasus Federal University, Stavropol.

Tarabanova Olga Viktorovna,

Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Maikop State Technological University, Chief freelance specialist in women's reproductive health of the Russian Ministry of Health in the Southern Federal District.

Khitaryan Alexander Georgievich,

Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Surgery, Head of the Department of Surgical Diseases Number 3, Dorozhnaya Clinical Hospital, Rostov-on-Don.

Shazhinbat Ariunaa,

Doctor in Philosophy, Professor, Director of the Institute of Philosophy of the Mongolian Academy of Sciences, Mongolia, Ulaanbaatar.

Shefel Sergey Viktorovich,

Doctor of Philosophy, Professor, Head of the Chair of Humanitarian and Socio-Economic Disciplines, Crimean branch of the Russian State University of Justice, Simferopol.

Shingarov Georgiy Khristovich,

Doctor of Philosophy, Professor, Professor of the Philosophy Department, Modern Humanitarian Academy, Moscow.

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

<i>Макимова А.А.</i> Возможности нейроэнергокартирования при контроле физических реабилитационных терапий	11
<i>Песчаный В.Г.</i> Хронический тонзиллит у детей – возможные подходы в комплексной диагностике и терапии	16

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

<i>Аверина Е.Н.</i> Описание личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без	21
<i>Бохан Т.Г., Лещинская С.Б., Силаева А.В., Шабаловская М.В.</i> Динамика психического и физического развития детей с перинатальными рисками развития от рождения до младшего дошкольного возраста	30
<i>Любачевский И.А.</i> Меры этической защиты в психологической практике	42
<i>Мазанкина Е.В.</i> Формирование адаптивного отношения к здоровью студентов медицинского вуза	47
<i>Руденко А.М., Котлярова В.В., Дмитриенко Н.А.</i> Эмоциональное выгорание педагога как фактор риска отклонения от психического здоровья	53
<i>Соловьева О.В., Плугина М.И.</i> Риск возникновения и профилактика психосоматических расстройств у преподавателей высшей школы	59
<i>Фильштинская Е.Г., Захарова Е.В., Аборина М.В.</i> Формирование психологической готовности к профессиональной деятельности у студентов-медицинских психологов средствами психологических дисциплин	65
<i>Шовкун В.А., Лутовина О.В.</i> Основы формирования здорового образа жизни у детей – педиатрический аспект	71
<i>Ясько Б.А., Тедорадзе Д.Д.</i> К проблеме стрессоустойчивости врача на этапах жизненного пути (на примере личности врача-педиатра)	78

ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ

<i>Дорофеева Т.Г.</i> Моральные принципы в монотеистических религиях	83
---	----

CONCEPT

MEDICAL SCIENCES

<i>Alexandra A. Maximova</i> Opportunities of neuro-energy mapping in monitoring of physical rehabilitation therapies	11
<i>Vladimir G. Peschany</i> Chronic tonsillitis at children – possible approaches in complex diagnostics and therapy	16

PSYCHOLOGICAL SCIENCES

<i>Elena N. Averina</i> Description of the personal identity of subjects married with and without children	21
<i>Tatiana G. Bokhan, Svetlana B. Leshchinskaia, Anna V. Silaeva, Marina V. Shabalovskaya</i> Dynamics of mental and physical development of children with perinatal risk factors from childbirth to early preschool age	30
<i>Igor A. Lubachevsky</i> Measures of ethical defense in psychological practice	42
<i>Elena V. Mazankina</i> Formation of an adaptive attitude to the health of medical university students	47
<i>Andrey M. Rudenko, Victoria V. Kotlyarova, Nadezhda A. Dmitrienko</i> Emotional burnout of a teacher as a risk factor for deviations from mental health	53
<i>Olga V. Solovieva, Maria I. Plugina</i> Risk and prevention of psychosomatic disorders in high school teachers	59
<i>Elena G. Filshtinskaya, Elena V. Zakharova, Marina V. Aborina</i> Formation of psychological readiness for professional activity among medical psychology students by means of psychological disciplines	65
<i>Valeria A. Shovkun, Olga V. Lutovina</i> Fundamentals of healthy lifestyle formation in children – the pediatric aspect	71
<i>Bela A. Yasko, Diana D. Tedoradze</i> To the problem of stress resistance of a doctor at the stages of life (on the example of the personality of a pediatrician)	78

PHILOSOPHICAL SCIENCES

<i>Tatiana G. Dorofeeva</i> Moral principles in monotheistic religions	83
---	----

ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОЭНЕРГОКАРТИРОВАНИЯ ПРИ КОНТРОЛЕ ФИЗИЧЕСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕРАПИЙ

Максимова А.А.
«MEDULA 2022», Тбилиси, Грузия



OPPORTUNITIES OF NEURO-ENERGY MAPPING IN MONITORING OF PHYSICAL REHABILITATION THERAPIES

Alexandra A. Maximova
«MEDULA 2022», Tbilisi, Georgia

Аннотация. Автором был предложен быстрый способ навигации и контроля реабилитационного физического воздействия по измерениям уровней постоянных потенциалов (УПП) головного мозга. На основе анализа клинических случаев, экспериментальной работы с методикой нейроэнергоскартирования и реабилитологами, автором статьи, с высокой вероятностью, определена взаимосвязь между показателями НЭК и реабилитационными физическими терапиями в определенных зонах головного мозга, позвоночника через воздействие на мышцы и связочный аппарат позвоночника, швы костей черепа и лицевых костей. Удалось добиться быстрого положительного результата по снятию симптоматики у исследуемых пациентов. НЭК позволяет четко определять локализацию нарушений, приводящих к негативной симптоматике, определять схему воздействия на мышцы и связочный аппарат позвоночника, череп и лицевые кости, как следствие, избегать возможных ошибок при воздействии и достигать быстрого положительного эффекта.

Ключевые слова: аутизм, остеопатия, массаж, рефлексотерапия, головная боль, нарушение сна, когнитивные нарушения

Abstract. The author proposed a quick way to navigate and control the rehabilitation physical impact by measuring the levels of constant potentials (CPP) of the brain. Based on the analysis of clinical cases, experimental work with the neuroenergy mapping technique and rehabilitation specialists, the author of the article, with a high probability, determined the relationship between NEC indicators and rehabilitation physical therapies in certain areas of the brain, spine through the impact on the muscles and ligaments of the spine, bone sutures skull and facial bones. It was possible to achieve a quick positive result in relieving symptoms in the studied patients. NEC allows you to clearly determine the localization of disorders that lead to negative symptoms, determine the pattern of impact on the muscles and ligaments of the spine, skull and facial bones, as a result, avoid possible errors during exposure and achieve a quick positive effect.

Keywords: autism, osteopathy, massage, reflexology, headache, sleep disturbance, cognitive impairment

Введение. В настоящее время не существует доказательной базы с использованием инструментальной диагностики для оценки воздействия реабилитационных физических терапий на пациента [1; 2; 3]. Как правило, воздействие оценивается только исходя из опроса пациента: улучшения/ухудшения состояния после прохождения курсов реабилитации. Нарушения кровообращения головного мозга и нарушения ликвородинамики головного мозга приводят к большому классу симптоматики у пациентов: от нарушения сна до головных болей, нарастания эмоциональной лабильности, когнитивных нарушений. Как правило, проблемы кроются в блоках швов костей черепа, вертебральных и мышечно-тонических нарушениях. С причинами данных нарушений успешно работают врачи-реабилитологи. Но, с другой стороны, инструмента навигации, контроля воздействия физических реабилитаций на организм человека не существует.

Ведется активный научный поиск, в частности, нейроэнергокартирование (НЭК) – топографическое картирование энергетического метаболизма головного мозга по уровням постоянных потенциалов (УПП) на границе гематоэнцефалического барьера уже доказало свою эффективность в диагностике нарушений кровообращения и ликвородинамики головного мозга [4].

Но еще одна важная цель в использовании данной методики нейроэнергокартирование – определение эффективности воздействия физических реабилитационных терапий и их коррекция в режиме реального времени.

УПП (уровень постоянных потенциалов) коррелирует со множеством биохимических параметров мозга. С помощью определения УПП можно за несколько минут провести оценку уровня кислорода, углекислого газа, глюкозы на границе сосудов гематоэнцефалического барьера и на основе данных определить нарушения в области работы головного мозга и предложить схему реабилитационного физического воздействия [5; 6].

Цель исследования:

Показать возможности нейроэнергокартирования (НЭК) для контроля и определения схемы воздействия реабилитационных физических терапий на пациента (остеопатия, массаж, рефлексотерапия).

Задачи исследования:

1. На основе нейроэнергокартирования:
 - Идентифицировать острые проблемы со стороны нарушенного кровообращения и ликвородинамики головного мозга;
 - Предположить, что является причиной данных нарушений (блоки в области швов костей черепа, вертебральные проблемы, мышечно-тонические проблемы);
 - Разработать и откорректировать в режиме реального времени схему воздействия реабилитационных физических терапий на пациента;
2. Установить взаимосвязь между:
 - Воздействием реабилитационных физических терапий и стабилизацией состояния работы головного мозга;
 - Снятием или уменьшением негативной симптоматики пациента при воздействии реабилитационных физических терапий под контролем НЭК.

Методы

Дизайн исследования, выборка

Методы интерпретации УПП головного мозга для диагностики ликвородинамических, сосудистых и сопутствующих им нарушений в деятельности ЦНС был разработан автором настоящей статьи [7].

Данное исследование проводилось на базе реабилитационного центра «Территория Успеха» (г. Алматы). Всего в исследовании приняли участие 37 пациентов возрасте от 3 до 46 лет (20 пациентов мужского пола и 17 женского пола) с диагнозом: G93.4 Энцефалопатия неуточненная. Последствия гипоксическо-ишемического, поражения ЦНС. Ликвородинамические нарушения. Затруднение венооттока. Дисциркуляторная энцефалопатия; M53.0 Другие дорсопатии. Мышечно-тонический синдром; G90.9 Расстройство вегетативной [автономной] нервной системы неуточненное. Вегетативная дисфункция по смешанному типу.

Выборка пациентов была ограничена пациентами, у которых при первичной диагностике НЭК зафиксировал резко пониженные и повышенные УПП в одной или нескольких областях коры головного мозга, что свидетельствовало о нарушении кровообращения головного мозга, ликвородинамических нарушениях.

Всем пациентам НЭК исследование было проведено 3 раза: до реабилитационного физического вмешательства, во время реабилитационных физических терапий и после проведения реабилитационных терапий.

Этапы и описание применяемых методов:

1. Изучение анамнеза заболевания и жизни.
2. Осмотр пациента врачами-реабилитологами (osteopat, массажист, рефлексотерапевт)
3. Анкетирование пациентов или родителей пациентов относительно физического состояния детей (использовалась 6-балльная шкала). Шкала выстраивалась из 6 симптомов, за каждый симптом присваивался 1 балл. Перечень симптомов: нарушение сна (позднее засыпание, прерывистый сон, раннее пробуждение, истерики при пробуждении в течение ночи); агрессия; самоагрессия (удары по голове, щипание); эмоциональная лабильность (частые смены настроения от истерического смеха до плача); нарушение концентрации внимания (невозможность сосредоточиться длительное время, ощущение «песка в глазах», потирание глаз); головная боль (разной интенсивности, но чаще всего ночью и утром, а также нарастание головной боли при изменении погодных условий).

4. Инструментальная диагностика:

Нейроэнергокартирование мозга – топографическое картирование энергетического метаболизма головного мозга по уровням постоянных потенциалов (УПП). Под УПП понимают

устойчивую разность потенциалов милливольтного диапазона, регистрируемую между мозгом и референтными областями с помощью усилителей постоянного тока. Полученные данные проходят компьютерную обработку с последующей визуализацией результатов для интерпретации.

5. Для исследования корреляционных связей применяли программу Statistica 10. Рассчитывали коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования.

У всех пациентов было зафиксировано большое разнообразие отклонений УПП от эталона/нормы, как по степени отклонений, так и по месту регистрации (по долям коры головного мозга). Но при всем разнообразии общим показателем пациентов было резкие колебания показаний УПП по сравнению с эталоном.

Основные жалобы пациентов, включенных в выборку статьи: головные боли, нарушения сна, эмоциональная лабильность, у детей – вспышки агрессии/самоагрессии, когнитивные нарушения: снижение концентрации внимания, нарушения памяти. Результаты проведенного НЭК исследования подтвердили диагнозы в отношении данных пациентов.

Из 37 пациентов снижение УПП в цифровом формате составило:

в затылочной доле коры головного мозга (норма 10.20 Мв):

- от (-) 14,10 Мв до (-) 1, 01 Мв – у 14 пациентов,
- от 0,75 до 3,50 Мв – у 6 пациентов;

в правой височной доле коры головного мозга (норма 9.80 Мв):

- от (-) 9,40 Мв до (-) 1,80 Мв – у 9 пациентов,
- от 0,30 до 3,26 Мв – у 3 пациентов;

в левой височной доле коры головного мозга (норма 9.80 Мв):

- от (-) 10,43 Мв до (-) 0,18 Мв – у 7 пациентов,
- от 0,41 до 5,50 Мв – у 9 пациентов;

в лобной доле коры головного мозга (норма 8,60 Мв):

- (-) 11,93 Мв – у 7 пациентов,
- от 0,58 до 3,97 Мв – у 3 пациентов;

в теменной доле коры головного мозга (норма 13,10 Мв):

- от (-) 4,70 Мв до (-) 3, 23 Мв – у 2 пациентов,
- от 0,01 до 3,70 Мв – у 9 пациентов.

Из 37 пациентов повышение УПП в цифровом формате составило:

в затылочной доле коры головного мозга (норма 10.20 Мв):

- от (+) 14,10 Мв до (+) 20,01 Мв – у 24 пациентов;

в правой височной доле коры головного мозга (норма 9.80 Мв):

- от (+) 10,50 Мв до (+) 11,80 Мв – у 4 пациентов;

в левой височной доле коры головного мозга (норма 9.80 Мв):

- от (+) 12,43 Мв до (+) 14,18 Мв – у 7 пациентов;

в лобной доле коры головного мозга (норма 8,60 Мв):

- от (+) 14,93 Мв – у 7 пациентов;

в теменной доле коры головного мозга (норма 13,10 Мв):

- от (+) 15,70 Мв до (+) 21, 23 Мв – у 14 пациентов.

Обсуждение

Резкое снижение УПП на границе гематоэнцефалического барьера связано с нарушением кровообращения на фоне мышечно-тонического синдрома, экстравазальной компрессии, блоков в области швов костей черепа и лицевых костей. Благодаря диагностике НЭК удалось четко локализовать участки блоков костей черепа, точно определить места мышечного спазма вдоль позвоночного столба и начать целевое реабилитационное физическое воздействие исходя из найденных нарушений и проводя корректировку под контролем изменений, фиксируемых в головном мозге, при данном типе воздействий. У 5 пациентов нарушения кровообращения были связаны в вертебральными проблемами в области крестца, хотя при этом никаких внешних симптомов не проявлялось: ни боли в области крестца/копчика, ни мышечного спазма, пациенты жаловались на головную боль, нарушение режима сна и бодрствования, когнитивные нарушения [2; 8; 9]. Благодаря проводимой консультации врача-реабилитолога под контролем НЭК удалось идентифицировать, что проблема кроется в области крестца, а не верхнем отделе позвоночника.

Резкое повышение УПП в затылочной, теменной области связано с ликвородинамическими нарушениями, идиопатической внутричерепной гипертензией. Симптомами являются головные боли, снижение концентрации внимания, нарушения поведения у детей, эмоциональная лабильность. Благодаря проведенному вмешательству врачей-реабилитологов под контролем НЭК удалось идентифицировать, что данные нарушения, как правило, коррелируют с блоками в области швов затылочной, теменной и височных костей черепа, а также с нарушением в шейном и грудном отделе позвоночника. При данным типам нарушений резко ухудшается веноотток и происходит повышение ВЧД. Своевременное точечное вмешательство со стороны физиче-

ской реабилитации под контролем НЭК дает быстрый положительный результат и уменьшение негативной симптоматики в кратчайшие сроки [3; 6; 9].

Результаты анкетирования пациентов также подтверждают, что грамотное целевое воздействие со стороны физической реабилитации и четкая идентификация участков нарушений в области позвоночника и костей черепа, дает быстрый положительный результат и снятие негативной симптоматики: уменьшение головных болей, восстановления сна, стабилизация эмоционального контроля, улучшение концентрации внимания. Данный факт также подтверждается динамикой показателей УПП нейроэнергокартирования.

В данном исследовании были оценены корреляционные связи между показателями УПП на границе гематоэнцефалического барьера до воздействия врачей-реабилитологов и после проведенного реабилитационного воздействия. Коэффициент корреляции Спирмена составляет 0,91 %. Что свидетельствует о высокой положительной корреляционной связи между данными величинами. Таким образом, четкая идентификация очагов нарушений в области мышечного каркаса позвоночника, блоков в области швов костей черепа и лицевых костей и проведение точечной физической реабилитации относительно очагов нарушений, дает возможность получить быструю положительную динамику относительно стабилизации состояния пациента.

Заключение.

1. Резкое изменения УПП по сравнению с нормой свидетельствует о патологических нарушениях сосудистой циркуляции, ликвородинамики головного мозга, мышечно-тонических синдромах, вертебральных проблемах.

2. Анализ регистрируемых отклонений УПП позволяет контролировать эффективность реабилитационных физических вмешательств, а также, при необходимости, проводить их корректировку при более точечной идентификации патологических процессов в режиме реального времени.

3. Стабилизация и улучшение работы системы центрального кровообращения благодаря грамотно подобранным реабилитационным физическим терапиям, приводили к улучшению состояния пациентов.

НЭК позволяет быстро идентифицировать, с чем связаны жалобы пациентов на головную боль, нарушения сна, эмоциональную лабильность, снижение концентрации внимания. Далее на основании оценки УПП головного мозга нейроэнергокартирование позволяет построить четкую схему воздействия со стороны реабилитационных физических терапий и проводить корректировку данных терапий в режиме реального времени. Тем самым нивелируется возможная вероятность ошибочного воздействия физической реабилитации и укорачивается временной интервал до полной стабилизации состояния пациентов.

Конфликт интересов
Не указан
Рецензия
Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest
None declared
Review
All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Авров М.В. Изменение неврологических и гемодинамических проявлений хронической ишемии головного мозга под влиянием нейрометаболической и мануальной терапии / М.В. Авров, Н.В. Исаева // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – № 1(91). – С. 78–83.
2. Мирошниченко Д.Б. Osteопатический алгоритм лечения хронической головной боли напряжения / Д.Б. Мирошниченко, А.П. Рачин, Д.Е. Мохов // Практическая медицина. – 2017. – № 1(102). – С. 114–118. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/octeopaticheskiy-algoritm-lecheniya-hronicheskoy-golovnoy-boli-napryazheniya> (дата обращения 14.08.2023).
3. Ярошевский О.А. Эффективность комплексной терапии нарушения церебральной гемодинамики в вертебробазиллярной системе артерий при миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации / О.А. Ярошевский // Международный неврологический журнал. – 2014. – № 2(64) – С. 52–56. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-kompleksnoy-terapii-naruseniya-tserebralnoy-gemodinamiki-v-vertebrobazilyarnoy-sisteme-arteriy-pri-miofastsialnoy> (дата обращения 14.08.2023).
4. Максимова А. Диагностические возможности энцефаловизиометрии при усилении негативной симптоматики у детей с особенностями развития нервной системы на фоне инфекцион-

ных заболеваний / А. Максимова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2023. – № 3(129).

5. Максимова А.А. Диагностические возможности нейрэнергоскопирования при гипоксических поражениях головного мозга / А.А. Максимова, Ю.М. Силина // Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – № 1(103). – С. 46–51.

6. Фокин В.Ф. Энергетическая физиология мозга / В.Ф. Фокин, Н.В. Пономарева. – М. : Издательство «Антидор», 2003. – 288 с.

7. Способ диагностики ликвородинамических, сосудистых и сопутствующих им нарушений в работе центральной нервной системы: Пат. Рос. Федерация № 2021118656; заявл. 26.06.2021; опубл. 04.05.2022 Бюл. № 13.

8. К вопросу о краниовертебральной дисфункции и особенностях ее диагностики: научный обзор и личные наблюдения / И.С. Зозуля, Бредихин А.В., К.А. Бредихин, А.И. Зозуля, О.А. Чеха // Междунар. неврол. журн. – 2012. – № 2(48). – С. 29–42. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-kraniovertebralnoy-disfunktsii-i-osobennostyah-ee-diagnostiki-nauchnyy-obzor-i-lichnye-nablyudeniya> (дата обращения 14.08.2023).

9. Hsu W.C. Back massage intervention for improving health and sleep quality among intensive care unit patients / W.C. Hsu, S.E. Guo, C.H. Chang // Nurs Crit Care. – 2019. – № 24(5). P. 313–319.

References:

1. Avrov M.V. Changes in neurological and hemodynamic manifestations of chronic cerebral ischemia under the influence of neurometabolic and manual therapy / M.V. Avrov, N.V. Isaeva // Siberian Medical Review. – 2015. – № 1(91). – P. 78–83.

2. Miroshnichenko D.B. Osteopathic algorithm of treatment for chronic tension headaches / D.B. Miroshnichenko, A.P. Rachin, D.E. Mohov // Practical medicine. – 2017. – № 1(102). – P. 114–118. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/octeopaticheskiy-algoritm-lecheniya-hronicheskoy-golovnoy-boli-napryazheniya> (date of application 14.08.2023).

3. Yaroshevsky O.A. Efficiency of complex therapy of cerebral hemodynamic disorders in the vertebrobasilar system of arteries in case of myofascial dysfunction of the cervicobrachial localization // International neurological journal. – 2014. – № 2(64). – P. 52–56. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-kompleksnoy-terapii-narusheniya-tserebralnoy-gemodinamiki-v-vertebrobazilyarnoy-sisteme-arteriy-pri-miofatsialnoy> (date of application 14.08.2023).

4. Maksimova A. Diagnostic possibilities of encephaloviziometry with increased negative symptoms in children with developmental features of the nervous system against the background of infectious diseases / A. Maksimova // International Scientific Research Journal. – 2023. – № 3(129).

5. Maksimova A. The diagnostic capacity of encephaloviziometry in intensifying negative symptomatology in children with developmental specifics of the nervous system against the background of infectious diseases / A. Maksimova // International research journal. – 2021. – № 1(103). – P. 46–51.

6. Fokin V.F. Energy physiology of the brain / V.F. Fokin, N.V. Ponomareva. – М. : Publishing house «Antidore», 2003. – 288 p.

7. Method for diagnosing liquor-dynamic, vascular and related disorders in the central nervous system: Pat. Ros. Federation № 2021118656; application № 26.06.2021; publ. 04.05.2022 Byul. № 13.

8. On the question of craniovertebral dysfunction and the features of its diagnosis: a scientific review and personal observations / I.S. Zozulya, A.V. Bredikhin, K.A. Bredikhin, A.I. Zozulya, O.A. Chekha // International neurological journal. – 2012. – № 2(48). – P. 29–42. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-kraniovertebralnoy-disfunktsii-i-osobennostyah-ee-diagnostiki-nauchnyy-obzor-i-lichnye-nablyudeniya> (date of application 14.08.2023).

9. Hsu W.C. Back massage intervention for improving health and sleep quality among intensive care unit patients / W.C. Hsu, S.E. Guo, C.H. Chang // Nurs Crit Care. – 2019. – № 24(5). P. 313–319.

Информация об авторе

Максимова Александра Александровна

главный научный исследователь,
«MEDULA 2022», Тбилиси, Грузия
aleksandra-krasn@mail.ru
ORCID 0000-0002-2149-9256

Alexandra A. Maximova

Chief Scientific Researcher,
«MEDULA 2022», Tbilisi, Georgia
aleksandra-krasn@mail.ru
ORCID 0000-0002-2149-9256

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ У ДЕТЕЙ – ВОЗМОЖНЫЕ ПОДХОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ

Песчаный В.Г.

ЗАО «Центр аллергии и иммунологии»



CHRONIC TONSILLITIS AT CHILDREN – POSSIBLE APPROACHES IN COMPLEX DIAGNOSTICS AND THERAPY

Vladimir G. Peschany

CJSC Center of an Allergy and Immunology

Аннотация. Автором изучена возможность использования ультразвукового исследования небных миндалин в диагностике и оценке эффективности лечения хронического тонзиллита у детей. В первой группе уровень антистрептолизина-О в крови был ≤ 150 МЕ/мл, во второй – ≤ 400 МЕ/мл, в третьей – ≥ 600 МЕ/мл. У всех пациентов в терапии использовали полоскание горла раствором «Хлорофиллипта», препарат «Тонзилотрен», освещение ротоглотки коротковолновым ультрафиолетовым светом, сантиметровую волновую терапию, ультрафонофорез гидрокортизона на область небных миндалин. Во 2 группе в схему лечения был добавлен Аммония глицирризинат, в 3 группе – бициллинотерапия (Бициллин-5). Предлагаемая методика способствует регрессу местных симптомов заболевания, нормализации структуры небных миндалин, уменьшению системной концентрации антистрептолизина-О. Использование профилактической бициллинотерапии снижает вероятность развития ревматических осложнений. Аммония глицирризинат способствует усилению эффектов проводимой терапии. Комплексное обследование пациентов с определением ультразвуковой структуры небных миндалин и количества антистрептолизина-О в крови позволяет оценить их состояние, разработать схему дальнейшего лечения, контролировать его эффективность.

Ключевые слова:

хронический тонзиллит, дети, консервативное лечение, иммунитет, ультразвуковое исследование небных миндалин.

Abstract.

The author studies possibility of use of ultrasound investigation of palatine tonsils in diagnostics and an assessment of efficacy of treatment of a chronic tonsillitis at children. In the first group level of Antistreptolysin-O in blood was ≤ 150 ME/ml, in the second – ≤ 400 ME/ml, in the third – ≥ 600 ME/ml. At all patients in therapy used rinsing of a throat by solution of «Chlorophylliptum», a drug of «Tonsilotren», illumination of oropharynx a short-wave ultraviolet light, centimetric wave therapy, ultraphonophoresis of hydrocortisonum on area of palatine tonsils. In second group in the schema of treatment has been added Ammonium glycyrrhisinate, in third group – bicillinotherapy (Bicillin-5). The offered technique promotes regression of local symptoms of disease, normalisation of structure of palatine tonsils, decrease of system concentration of Antistreptolysin-O. Use preventive bicillinotherapy decrease probability of development of rheumatic complications. Ammonium glycyrrhisinate promotes intensifying of effects of made therapy. Complex inspection of patients with definition of ultrasound structure of palatine tonsils and quantities of Antistreptolysin-O in blood allows to estimate their state, to develop the schema of the further treatment, to supervise its efficacy.

Keywords:

a chronic tonsillitis, children, conservative treatment, immunity, ultrasound investigation of palatine tonsils.

Введение. Проблема хронического тонзиллита (ХТ), несмотря на появление современных методов его диагностики и лечения, продолжает оставаться актуальной. Это связано с его высокой распространённостью среди детей и лиц молодого возраста, разнообра-

зием путей развития декомпенсации, вероятностью развития серьёзных осложнений. Высокая вирулентность, выраженные антигенные и повреждающие свойства β -гемолитического стрептококка группы А (БГСА), длительное течение болезни, различные нарушения иммунного ответа у таких пациентов способствуют появлению аутоиммунной патологии [1–4].

Неспецифичность многих критериев, сложность оценки состояния нёбных миндалин (НМ) и системы иммунитета в целом усложняют диагностику этого заболевания, выбор тактики лечения [1, 2]. Для изучения размера и особенностей строения НМ возможно использование ультразвукового исследования (УЗИ) [5]. Комплексное исследование иммунного статуса сложно и не всегда доступно, поэтому для определения состояния пациентов, вероятности развития ревматических осложнений часто применяют антистрептолизин-О (АСЛО), С-реактивный белок (СРБ), ревмо-фактор (R-фактор) [2–4, 6]. Оценить выраженность системного бактериального воспаления помогает прокальцитонин (ПКТ), при локальных инфекциях, иммунологических заболеваниях его уровень в крови обычно низок [7].

Консервативное лечение ХТ разнообразно, однако не всегда обеспечивает выздоровление или длительную ремиссию. Оно обычно является комбинированным, часто включает различные физиотерапевтические методики [1, 2].

Распространённость системных заболеваний стрептококковой этиологии, появление тяжёлых форм инфекции, высокая профилактическая эффективность делают бициллинотерапию актуальной [4, 6, 8]. Противовоспалительные, иммуностроительные и антибактериальные свойства глицирризиновой кислоты позволяют использовать её в лечении различных болезней [9].

Цель исследования: изучить роль УЗИ НМ в комплексной диагностике ХТ у детей.

Материалы и методы: проведён анализ результатов обследования и лечения школьников с ХТ, декомпенсация которого проявлялась рецидивами ангин, небольшими общими токсико-аллергическими явлениями. В зависимости от уровня АСЛО в крови они были разделены на 3 группы, в 1-й из них ($n = 20$) его величина была ≤ 150 МЕ/мл, во 2-й ($n = 20$) – ≤ 400 МЕ/мл, в 3-й ($n = 15$) – ≥ 600 МЕ/мл.

В период клинической ремиссии пациентов лечили по авторской схеме:

1) полоскание горла 1 % спиртовым р-ром Хлорофиллипта (1:10) 3 р/день, 2 недели;

2) приём комплексного препарата «Тонзилотрен» по обычной схеме, 2 недели;

3) сочетали КУФ, СМВ-терапию и ультрафонофорез на область нёбных миндалин (НМ) ($T_{\text{курса}} = 8 - 10$ процедур). Детям 2-й группы в неё был добавлен Аммония глицирризинат в возрастной дозировке в течение 2 недель. В 3-й группе для профилактики инфекционно-аллергических осложнений по рекомендации кардиоревматолога в схему была включена бициллинотерапия: Бициллин-5 1.200.000 ЕД в/м 1 р/3 недели, № 3 или 5.

Скорость регресса локальных признаков ХТ фиксировали при регулярных ЛОР-осмотрах. УЗИ НМ выполняли с обеих сторон в области их проекции на аппарате SonoScape S30 линейными датчиками с рабочей частотой 5–12 МГц. При этом определяли их поперечный диаметр, особенности строения, тип кровотока (уменьшенный, нормальный, увеличенный), его характер при усилении (центральный, периферический) (Н.А. Дайхес [и др.], 2020). Выраженность и направление развития хронического воспаления изучали по динамике параметров развернутого общего анализа крови (ОАК), СОЭ, концентраций АСЛО, СРБ, R-фактора, ПКТ. Общее состояние больных оценивали по результатам комплексного обследования с участием педиатра, кардиоревматолога (биохимический анализ крови, ЭКГ, УЗИ сердца, суставов и почек).

В ходе статистической обработки подсчитывали доверительный интервал средних концентраций ($X \pm m$) каждого из иммунологических параметров в динамике и достоверность их различия ($M \pm m$). При оценке изменений использовали лабораторные сведения о возрастных нормах.

Результаты и обсуждение: при предварительной фарингоскопии у детей отмечались следующие местные симптомы ХТ: небольшие отечность и гиперемия НМ; признаки Гизе, Зака, иногда – Преображенского и патологическое отделяемое из лакун; рубцовое изменение поверхности НМ, их сращение с передними нёбными дужками; подчелюстной лимфаденит. При УЗИ НМ были овальной формы, их поперечный размер при гипертрофии 1 степени составлял 18–20 мм, при гипертрофии 2 степени – 22–25 мм, при гипертрофии 3 степени – 30–32 мм. Их структура обладала определёнными индивидуальными особенностями и отличалась у пациентов разных групп. В 1-й группе НМ имели ровные, чёткие контуры, однородную структуру, кровоток не определялся. Во 2-й группе у ≈ 35 % больных их контуры были неровными, нечёткими, структура ткани – неоднородной; у ≈ 40 % – отмечался периферический, у ≈ 20 % – центральный тип кровотока. В 3-й группе у ≈ 66 % пациентов НМ имели неровные, нечёткие контуры, неоднородную структуру, которая иногда содержала единичные кальцинаты; у ≈ 20 % из них отмечался периферический, у ≈ 40 % – центральный тип кровотока. Показатели ОАК, в том числе количе-

ство и состав лейкоцитов, СОЭ, содержание СРБ, R-фактора, ПКТ ($X = < 0,5$ нг/мл) у всех школьников находились в пределах возрастной нормы. Концентрация АСЛО в 1-й группе составила 128,3 МЕ/мл, во 2-й – 362,1 МЕ/мл, в 3-й – 725,5 МЕ/мл. Патологии внутренних органов при клинико-инструментальном обследовании у них выявлено не было.

При анализе результатов видно, что при относительно благоприятном течении ХТ (декомпенсация в виде рецидивов ангины), проведении обследования в период его клинической ремиссии, в организме пациентов сохраняется воспалительный процесс малой интенсивности, требующий регулярных контролей и лечения. Отсутствие патологических изменений в НМ, нормальная величина АСЛО у детей 1-й группы говорят о достаточно высоком уровне их иммунореактивности, низких активности хронического воспаления и вероятности развития осложнений. Неоднородность УЗ-структуры лимфоидной ткани у пациентов 2-й и, особенно, 3-й группы, неровность, нечёткость её границ, усиление микроциркуляции (особенно центрального характера) указывают на иммунный процесс, происходящий в НМ даже в период ремиссии ХТ, в определённой степени характеризуют их функциональную активность. Это говорит о большей выраженности у них воспаления, снижении иммунологической реактивности, возможности появления осложнений. Наличие единичных кальцинатов свидетельствует о длительности процесса. Достоверной взаимосвязи между величиной и степенью изменений в НМ установить не удалось. Их размер не относится к локальным признакам ХТ, однако его увеличение способствует продолжительному течению воспаления, носительству БГСА, указывает на возможное наличие иммунодефицитного состояния [1, 2, 10]. У больных 2-й и, особенно, 3-й групп патологические изменения в НМ сочетались с увеличением концентрации АСЛО в крови. Полученные данные подтверждают роль БГСА в этиопатогенезе ХТ, позволяют более точно определить локализацию и активность системной инфекции. Они указывают на индивидуальные особенности иммунореактивности и течения хронического воспаления, вероятность возникновения у школьников 3-й группы аутоиммунных заболеваний. Судить о риске их появления в данном случае можно достаточно условно, так как механизмы, поддерживающие состояние аутопереносимости, сложны и изучены не полностью [1–4]. Необходимо учитывать, что при компенсированной и декомпенсированной формах ХТ очень часто встречаются сходные иммунологические изменения, поэтому при выборе метода лечения решающей является оценка функционального состояния НМ и системы иммунитета в целом [2, 10]. Развитие осложнений возможно на фоне вялотекущего ХТ с редкими обострениями, он также может выступать как сопутствующая патология. Только в 10–20 % случаев системные заболевания стрептококковой этиологии ассоциируются с первичным очагом, располагающимся в глотке [1–4].

Одновременное изучение состава и числа лейкоцитов, СОЭ, концентраций АСЛО, СРБ, R-фактора позволяет компенсировать их относительно невысокую специфичность, более точно оценить состояние пациента, особенно в период ремиссии ХТ. УЗИ НМ повышает качество диагностики, его преимуществами являются информативность, неинвазивность, безопасность, простота и доступность. Отсутствие данных о величине показателей системного иммунитета, говорящих об абсолютной вероятности развития ревматических болезней, их тяжесть при появлении в детском возрасте [3, 4, 6] диктуют необходимость применения профилактической бициллинотерапии у пациентов 3-й группы.

В ходе лечения у школьников наблюдались постепенное исчезновение локальных признаков хронического воспаления: отёчность и гиперемия НМ, признаки Гизе, Зака исчезли к 8–9 дню лечения, признак Преображенского – к 10–11; региональный лимфаденит – к 12–14; серозное отделяемое из лакун прекратилось к 7–8 суткам, жидкое гнойное – к 8–9; казеозное – к 12–14 дню. Существенных отличий в скорости регресса проявлений ХТ между группами выявлено не было. При УЗИ у всех детей контуры НМ стали ровными, чёткими, структура ткани – однородной, кровоток не определялся, уменьшение их поперечного размера составило ≈ 10 %. Параметры лейкограммы, СОЭ, концентрации СРБ, R-фактора, ПКТ ($X = < 0,5$ нг/мл) были в норме. У всех пациентов происходило снижение величины АСЛО. Наиболее выраженным оно было в 3-й группе, в которой после первой инъекции Бициллин-5 оно составило 24,6 % ($X = с 725,5$ до 547,1 МЕ/мл). После окончания курса падение титра АСЛО достигло 54,1 % ($X = с 725,5$ до 332,7 МЕ/мл). У остальных школьников оно было существенно меньше, во 2-й группе – 15,3 % ($X = с 362,1$ до 306,8 МЕ/мл), в 1-й группе – 6,9 % ($X = с 128,3$ до 119,5 МЕ/мл). Однако, его значения во 2-й и 3-й группах превышали границы нормы ($N = 0 - 150$ МЕ/мл).

Положительная клиническая динамика, особенно исчезновение патологического отделяемого из лакун, нормализация УЗ-структуры НМ, уменьшение концентрации АСЛО в крови объективно подтверждают перспективность методики, говорят о стихании хронического воспаления, повышении общей реактивности пациентов. Её преимуществом является комбинированное воздействие на организм, взаимное потенцирование лечебных факторов. Сравнение дина-

мики концентраций АСЛО по группам свидетельствует об индивидуальных особенностях иммунного ответа на длительную инфекцию, чувствительности БГСА к Бициллину-5. Постепенное снижение его уровня у больных 2-й и, особенно, 3-й групп является положительным прогностическим признаком, указывает на уменьшение антигенной нагрузки, вероятности возникновения у них ревматических осложнений. Наличие взаимосвязи между величиной титров АСЛО и результатами УЗИ позволяет более объективно оценить морфофункциональное состояние НМ, степень активности хронического воспаления, контролировать их в процессе лечения, а также уточнить показания к профилактической бициллинотерапии. Она оправдана при высоком содержании АСЛО, вероятности развития аутоиммунной патологии. Опасность системных осложнений в детском возрасте столь высока, что лучше переоценить возможность их возникновения, чем недооценить её [1, 2, 4, 6]. При более благоприятном течении заболевания, небольшой величине этого маркера включение в состав комбинированного лечения Аммония глицирризината увеличивает его противовоспалительные свойства, способствует достижению контроля над основными симптомами болезни. Для определения его места в терапии ХТ требуются дополнительные исследования. Сохранение после окончания терапии повышенных значений АСЛО доказывает необходимость регулярного, динамического наблюдения этих детей у ЛОР-врача и кардиоревматолога.

Таким образом, в результате проведённого исследования установлено, что рассматриваемая методика является эффективной у детей с ХТ, способна предупреждать развитие осложнений. Включение в состав комплексного обследования УЗИ НМ и определения уровня АСЛО в крови позволяет повысить качество диагностики ХТ, контролировать состояние здоровья пациентов, разработать алгоритм их дальнейшего ведения и реабилитации.

Конфликт интересов

Не указан

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest

None declared

Review

All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Пальчун В.Т. Воспалительные заболевания глотки / В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, А.И. Крюков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 288 с.
2. Плужников М.С. Хронический тонзиллит: клиника и иммунологические аспекты / М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, М.Я. Левин и др. – СПб. : Диалог, 2010. – 224 с.
3. Rabson A. Really essential medical immunology / A. Rabson, I. Roitt, P. Delves. – Oxford : Blackwell Publishing Ltd., 2006. – 320 p.
4. Белов Б.С. А-стрептококковая инфекция глотки в практике интерниста / Б.С. Белов // Вестн. оторинолар. – 2013. – № 3. – С. 39–43.
5. Дайхес, Н.А. Диагностика гипертрофии небных миндалин / Н.А. Дайхес, А.И. Крюков, И.А. Ким [и др.] // Рос. оторинолар. – 2020. – № 2(105). – С. 14–20.
6. Огороков А.Н. Руководство по лечению болезней внутренних органов. – Т. 4: Лечение ревматических болезней. – М. : Мед. лит., 2013. – 636 с.
7. Калягин, А.Н. Прокальцитониновый тест в ревматологии / А.Н. Калягин, О.В. Антипова, Т.В. Григорьева // Современная ревматология. – 2012. – № 4. – С. 57–60.
8. Gilbert D.N. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. 44th ed. / D.N. Gilbert, H.F. Chambers, G.M. Eliopoulos [et al.]. – Sperryville : Antimicrobial Therapy, Inc. 2014. – 688 p.
9. Shamsa F. The anti-inflammatory and anti-viral effects of an Ethnic medicine: Glycyrrhizin / F. Shamsa, K. Ohtsuki, E. Hasanzadeh [et al.] // Journal of Medical Plants. – 2010. – Vol. 9. – P. 1–28.
10. Быков И.М. Гипертрофия небных миндалин: особенности иммунологии и терапии / И.М. Быков, В.Г. Песчаный, Е.Е. Есауленко [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – URL : <http://www.science-education.ru/123-17914>

References:

1. Palchun V.T. Inflammatory diseases of a throat / V.T. Palchun, L.A. Luchihin, A.I. Kryukov. – M. : GEOTAR-media, 2012. – 288 p.

2. Pluzhnikov M.S. A chronic tonsillitis: clinic and immynological aspects / M.S. Pluzhnikov, G.V. Lavrenova, M.Ja. Levin [et al.]. – SPb. : Dialogue, 2010. – 224 p.
3. Rabson A. Really essential medical immunology / A. Rabson, I. Roitt, P. Delves. – Oxford : Blackwell Publishing Ltd., 2006. – 320 p.
4. Belov B.S. Pharyngeal A-streptococcal infection encountered in the practical work of an internal medicine specialist / B.S. Belov // The bull. of otorhinolar. – 2013. – № 3. – P. 39–43.
5. Daikhes N.A. Diagnosis of tonsil hypertrophy / N.A. Daikhes, A.I. Kryukov, I.A. Kim [et al.] // Rus. otorhinolar. – 2020. – № 2(105). – P. 14–20.
6. Okorokov A.N. Management on treatment of diseases of internal organs. – Vol. 4: Treatment of rheumatic diseases. – M. : Med. lit., 2013. – 636 p.
7. Kalyagin O.V. The Procalcitonin test in rheumatology / A.N. Kalyagin, O.V. Antipova, T.V. Grigorieva // Modern rheumatology. – 2012. – № 4. – P. 57–60.
8. Gilbert D.N. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. 44th ed. / D.N. Gilbert, H.F. Chambers, G.M. Eliopoulos [et al.]. – Sperryville : Antimicrobial Therapy, Inc. 2014. – 688 p.
9. Shamsa F. The anti-inflammatory and anti-viral effects of an Ethnic medicine: Glycyrrhizin / F. Shamsa, K. Ohtsuki, E. Hasanzadeh [et al.] // Journal of Medical Plants. – 2010. – Vol. 9. – P. 1–28.
10. Bykov I.M. Hypertrophy of palatine tonsils: features of immunology and therapy / I.M. Bykov, V.G. Peschany, E.E. Esaulenko [et al.] // Modern problems of science and education. – 2015. – № 3. – URL : <http://www.science-education.ru/123-17914>

Информация об авторе

Песчаный Владимир Григорьевич
кандидат медицинских наук,
врач-оториноларинголог,
ЗАО «Центр аллергии и иммунологии»
peschanyvladimir35@rambler.ru

Vladimir G. Peschany
Candidate of Medical Sciences,
Otorhinolaryngologist,
CJSC Center of an Allergy and Immunology
peschanyvladimir35@rambler.ru

**ОПИСАНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ СУБЪЕКТОВ
В БРАКЕ С ДЕТЬМИ И БЕЗ****Аверина Е.Н.***Кубанский государственный университет, г. Краснодар***DESCRIPTION OF THE PERSONAL IDENTITY OF SUBJECTS
MARRIED WITH AND WITHOUT CHILDREN****Elena N. Averina***Kuban State University, Krasnodar***Аннотация.**

Сегодня мы можем наблюдать разносторонние и противоречивые представления о семейных ролях мужчины и женщины в брачном союзе, а это в свою очередь воздействует отрицательно на психологическую обстановку, царящую в семье, а также на формирование личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без. По этой причине в настоящее время остро стоит необходимость разработки программ психосоциального и психоэмоционального сопровождения мужчин и женщин с разным пониманием и осознанием бытия супружеских пар, а также взаимодействия родителя с ребенком. Статья посвящена изучению особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без. С помощью различных методик был впервые использован комплексный подход, в рамках которого были изучены различные параметры формирования личностной идентичности, такие как: ценностные ориентации (включая ценностные ориентации на уровне нормативных идеалов и индивидуальных приоритетов), семейные ценности (включая ролевые ожидания и притязания), статусы эго-идентичности, удовлетворенность браком, а для диагностики взаимодействия супружеских пар и их детей дошкольного и младшего школьного возраста использовался дополнительный параметр, характеризующий особенности взаимодействия родитель-ребенок, а именно удовлетворенность взаимодействия родителя с ребенком. С целью изучения особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без было проведено исследование среди 200 респондентов, из которых 50 супружеских пар с детьми и 50 супружеских пар без детей. Для исследования особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без были применены методы многомерного статистического анализа данных, такие как: кластерный и факторный анализы, что позволило выявить трехзвенную архитектуру, а именно по три кластера в каждой из групп семей с детьми и без, ввести новое понятие, такое как «эталонный представитель кластера» или эквивалент кластера, характеризующий особенности личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без.

**Ключевые
слова:**

личность, идентичность, личностная идентичность, семья, брак, родитель, ребенок, психосоциальное и психоэмоциональное сопровождение, методы многомерного статистического анализа, иерархическая кластеризация, кластерный анализ, факторный анализ, трехзвенная архитектура

Abstract.

Today we can observe diverse and contradictory ideas about the family roles of a man and a woman in a marriage union, and this, in turn, has a negative effect on the psychological situation prevailing in the family, as well as on the formation of the personal identity of subjects in marriage with children and without. For this reason, there is currently an urgent need to develop programs for psychosocial and psychoemotional support for men and women with different understanding and awareness of the existence of married couples, as well as the interaction of a parent with a child. The article is devoted to the study of the characteristics of the personal identity of subjects married with and without children. With the help of various methods, an integrated approach was used for the first time, within which various parameters of the formation of personal identity were studied, such as: value orientations (including value orientations at the level of normative ideals and individual priorities), family

values (including role expectations and claims), statuses ego-identity, satisfaction with marriage, and to diagnose the interaction of married couples and their children of preschool and primary school age, an additional parameter was used that characterizes the features of parent-child interaction, namely the satisfaction of parent-child interaction. In order to identify the features of ego-identity and value orientations of subjects who are married without children and with children, a study was conducted among 200 respondents, of which 50 married couples with children and 50 married couples without children. To study the characteristics of the personal identity of subjects married with and without children, methods of multidimensional statistical data analysis were applied, such as cluster and factor analyzes, which made it possible to identify a three-tier architecture, namely, three clusters in each of the groups of families with and without children, to introduce a new concept, such as the «reference representative of the cluster» or the equivalent of the cluster, characterizing the characteristics of the personal identity of subjects in marriage with children and without.

Keywords: personality, identity, personal identity, family, marriage, parent, child, psychosocial and psychoemotional support, methods of multivariate statistical analysis, hierarchical clustering, cluster analysis, factor analysis, three-tier architecture

Введение. Во все времена традиционные семейные ценности и традиции были и остаются оплотом государственности и сильной державы. Семья – основа настоящего и будущего России. Все мы прекрасно понимаем, что нравственно здоровая и духовно крепкая семья и есть основа полноценного общества.

Современный мировой кризис оказывает влияние на все области жизни, в том числе на внутренний мир личности, что подчеркивает актуальность изучения особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без.

Особенно важно в этих условиях понимание феноменологии аксиологического бытия субъектов в браке, что и послужило целью нашего исследования, в рамках которого мы изучили особенности личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без. При этом факт наличия или отсутствия детей является значимым для определения приоритетов супругов, поскольку сказывается на их мировоззрении.

Одним из пространств бытия, где формируется личностная идентичность, являются взаимоотношения мужчины и женщины, официально закреплённый брачный союз, другими словами, семья.

«Личность может быть понята только, если в поле анализируемых проблем включены «пространства ее реализаций» или бытийные пространства, т.к. личность не замкнута во внутреннем, не ограничена психическим, а включает в себя внешние по отношению к психике объективные пространства явлений, реорганизуемых ею, в соответствие со структурой ее смыслов» (Рябикова З.И., 2003, с. 20).

Включение личности в систему супружеских отношений отражает и характеризует его отношение к семейной системе. Личностная идентичность формируется в рамках супружеских отношений и отражает суть таких отношений (Е. Гоффман, З. Фрейд, У. Джеймс, Ч. Кули, Э. Гидденс, Э. Эриксон, Дж. Марсиа [и др.]), а также демонстрирует уровень удовлетворения браком и вместе с ним дает субъективную оценку семейного благополучия (Вилсон, E. Diener, D.G. Myers, R.E. Lucas, P.T. Costa and R.R. McCrae, P. Brickman, P.M. Шамионов [и др.]). Также важно рассматривать особенности личностной идентичности с точки зрения феномена социально-профессиональной востребованности личности (Харитоновна, 2012).

Личностная идентичность характеризуется социальными качествами, обусловленными системой культурных знаков. Таким образом, идентичность отражается в активности личности в пространствах ее бытия, а также проявляется в различных общественных группах, с отличительными общественными ролями. Особое внимание здесь уделяется культуре со своими ценностями, нормами, знаниями и символами. В рамках происходящих изменений в обществе преобразуются и уточняются правила и роли. В текущей ситуации речь идет о вопросе «Кто Я?», затем он углубляется и становится «Кто Я относительно изменяющихся других?». Как только происходит понимание, кто такие Другие, где они позиционируют себя, происходит ряд изменений личностной идентичности.

Данная работа явилась продолжением серии исследований по изучению особенностей ценностных ориентаций и эго-идентичности мужчин и женщин, состоящих в незарегистрированных отношениях и в брачном союзе, предпринятых нами ранее (Аверина, 2019, 2022; Эго-идентичность и ценностная направленность мужчин и женщин, состоящих в незарегистрированных отношениях и в браке ..., 2020).

Материалы проведенного исследования могут быть использованы в качестве ориентиров для составления практических рекомендаций при организации психосоциального сопровождения мужчин и женщин в браке с детьми и без.

Участники и методы исследования. Изучение особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без было предпринято нами в г. Краснодаре в 2022 г. Выборку составили супружеские пары, состоящие в зарегистрированном браке, с детьми и без. Общий объем участников исследования составил 200 человек: 50 супружеских пар с детьми и 50 – без.

Возраст респондентов 25–40 лет. Обе подвыборки характеризовались выраженным в одинаковой степени социально-демографическим статусом.

С целью изучения особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без были использованы следующие методики:

- методика Ш. Шварца в описании В.Н. Карандашева¹;
- опросник «Ролевые ожидания и притязания в браке» (автор – А.Н. Волкова)²;
- методика «Исследование структуры эго-идентичности. СЭИ-тест» (Е.Л. Солдатова);
- тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ), разработанный В.В. Столиным, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко (Ю.Е. Алешина);
- опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» (ВРР), вариант для родителей дошкольников и младших школьников (И. М. Марковская).

Для исследования особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без мы применили метод многомерного статистического анализа данных, а именно кластерный анализ (Коваленко, 2009, 2010), который позволил выявить трехзвенную архитектуру, а именно по три кластера в каждой из групп семей с детьми и без, ввести новое понятие, такое как «эталонный представитель кластера» или эквивалент кластера, характеризующий особенности личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без.

Результаты и их обсуждение. Приведем краткую характеристику сформированных кластеров трехзвенной архитектуры, а именно по три кластера в каждой из групп семей с детьми и без, а также представим характеристику

«эталонного представителя кластера» или эквивалента кластера, характеризующий особенности личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без.

Далее будут рассмотрены три кластера «для респондентов без детей».

Кластер № 1 «Низкий уровень личностной идентичности субъектов в браке» состоит из 23 человек (23 % от общей выборки пар без детей): из них 15 мужчин (15 %), 8 женщин (8 %), в том числе 6 человек (т.е. 26 % от общей численности респондентов данного кластера) – это есть 3 супружеские пары (муж и жена), остальные 17 человек – это отдельно взятые респонденты (из них 12 мужчин и 5 женщин); средний возраст респондентов 31,6 лет; общий стаж в браке, в том числе в текущем – 4,9 лет; средний общий стаж работы – 9,9 лет; средний стаж работы на текущем месте – 3,6 лет.

Среди респондентов кластера № 1 находятся люди со следующими ценностными ориентациями: на уровне нормативных идеалов – безопасность (39 % респондентов данного кластера), достижения (35 %), самостоятельность (9 %), универсализм (9 %), гедонизм (4 %) и доброта (4 %); на уровне индивидуальных приоритетов – безопасность (96 %) и самостоятельность (4 %). Таким образом, в данном кластере находится большинство респондентов, которые на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность. Эти субъекты предпочитают безопасность и стабильность общества, отношений и самого себя. Мотивационная цель этого типа личностей – безопасность для других людей и себя, гармония.

Среди респондентов кластера № 1 находятся люди со следующими шкалами на уровне семейных ценностей: «Личностная идентификация» (39 % респондентов данного кластера), «Эмоционально-психотерапевтическая» (17 %), «Внешняя привлекательность» (17 %), «Социальная активность» (13 %), «Интимно-сексуальная» (9 %) и «Хозяйственно-бытовая» (5 %). Таким образом, большинство респондентов кластера № 1 ориентируются на личностную идентификацию с брачным партнером: они ожидают общность интересов, потребностей, ценностных ориентаций, способов времяпрепровождения.

Респонденты кластера № 1 обладают следующими статусами эго-идентичности: предрешенным статусом эго-идентичности (65 % респондентов данного кластера) и автономным статусом эго-идентичности (35 %). Таким образом, часть респондентов кластера № 1 обладает достигнутой или автономной эго-идентичностью (А). В стабильном же этапе личность утверждается в выбранной идентичности и какое-то время мотивация к изменениям отсутствует – это

¹ Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. – СПб., 2004. – 34 с.

² Волкова А.Н. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии. – Л., 1990. – 272 с.

фаза моратория. Часть респондентов, находящаяся в предрешенном статусе эго-идентичности (Ф), обращена к идеализации «будущего», отказу от «Я-прошлого», эгоцентризма и находится в некоторой эйфории по поводу собственных изменений.

Среди респондентов кластера № 1 находятся люди со следующими уровнями удовлетворенностью браком: скорее неблагоприятные (30 % респондентов данного кластера), неблагоприятные (26 %), скорее благоприятные (26 %), переходные (9 %), абсолютно неблагоприятные (4 %) и благоприятные (5 %). Супружеская удовлетворенность браком есть не что иное как субъективное восприятие супругами сквозь призму социокультурных норм эффективности функционирования семьи в плане удовлетворения их индивидуальных потребностей. Таким образом, большинство респондентов кластера № 1 находится в скорее неблагоприятном браке.

Таким образом, эталонным представителем или эквивалентом этого кластера является субъект, обладающий особенностями личностной идентичности, такими как: на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность; ориентированы на личностную идентификацию с брачным партнером; обладают достигнутой или автономной эго-идентичностью, а также предрешенным статусом эго-идентичности, когда человек обращен к идеализации «будущего», отказу от «Я-прошлого», эгоцентризма и находится в некоторой эйфории по поводу собственных изменений; находятся в абсолютно неблагоприятном до абсолютно благоприятному браку.

Кластер № 2 «Средний уровень личностной идентичности субъектов в браке» состоит из 32 человек (32 % от общей выборки пар без детей): из них 13 мужчин (13 %), 19 женщин (19 %), в том числе 12 человек (т.е. 38 % от общей численности респондентов данного кластера) – это есть 6 супружеских пар (муж и жена), остальные 20 человек – это отдельно взятые респонденты (из них 7 мужчин и 13 женщин); средний возраст респондентов 29,9 лет; общий стаж в браке, в том числе в текущем – 5,0 лет; средний общий стаж работы – 9,3 лет; средний стаж работы на текущем месте – 3,9 лет.

Среди респондентов кластера № 2 находятся люди со следующими ценностными ориентациями: на уровне нормативных идеалов – безопасность (59 % респондентов данного кластера), достижения (35 %), универсализм (3 %), самостоятельность (3 %); на уровне индивидуальных приоритетов – безопасность (81 %), традиции (7 %), доброта (3 %), конформность (3 %), универсализм (3%), самостоятельность (3 %). Таким образом, в данном кластере находятся респонденты, которые на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность.

Среди респондентов кластера № 2 находятся люди со следующими шкалами на уровне семейных ценностей: «Эмоционально-психотерапевтическая» (47 % респондентов данного кластера), «Внешняя привлекательность» (28 %), «Родительско-воспитательная» (10 %), «Социальная активность» (6 %), «Личностная идентификация» (6 %) и «Хозяйственно-бытовая» (3 %). Большинство респондентов данного кластера отражают установку супруга(и) на значимость эмоционально-психотерапевтической функции брака.

Респонденты кластера № 2 обладают следующими статусами эго-идентичности: автономным статусом эго-идентичности (25 % респондентов данного кластера), диффузным статусом эго-идентичности (63 %) и предрешенным статусом эго-идентичности (12 %). С одной стороны, часть респондентов в автономном статусе эго-идентичности утверждает в выбранной идентичности и какое-то время мотивация к изменениям отсутствует – это фаза моратория. С другой стороны, большинство респондентов данного кластера в диффузном статусе эго-идентичности встречается с «Я-идеальным» и реальностью, происходит «размывание идентичности».

Среди респондентов кластера № 2 находятся люди со следующими уровнями удовлетворенностью браком: скорее благоприятные (28 % респондентов данного кластера), скорее неблагоприятные (22 %), переходные (16 %), неблагоприятные (16 %), абсолютно неблагоприятные (12 %) и благоприятные (6 %). Таким образом, для благоприятных и скорее благоприятных респондентов кластера № 2 супружество является постоянно поддерживающим процессом взаимоотношений.

Эталонным представителем или эквивалентом этого кластера является субъект, обладающий особенностями личностной идентичности, такими как: на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность; ориентированы на взаимную моральную и эмоциональную поддержку членов семьи; обладают автономным, диффузным и предрешенным статусами эго-идентичности; находятся в браке с разным уровнем удовлетворенности – от абсолютно неблагоприятных до благоприятных.

Кластер № 3 «Высокий уровень личностной идентичности субъектов в браке» состоит из 45 человек (45 % от общей выборки пар без детей): из них 22 мужчины (22 %), 23 женщины (23 %), в том числе 22 человека (т.е. 49 % от общей численности респондентов данного кластера) – это есть 11 супружеских пар (муж и жена), остальные 23 человека – это отдельно взятые респон-

денты (из них 11 мужчин и 23 женщины); средний возраст респондентов 31,6 год; общий стаж в браке, в том числе в текущем – 6,2 года; средний общий стаж работы – 10,4 лет; средний стаж работы на текущем месте – 4,6 лет.

Среди респондентов кластера № 3 находятся люди со следующими ценностными ориентациями: на уровне нормативных идеалов – безопасность (56 % респондентов данного кластера), достижения (27 %), самостоятельность (7 %), универсализм (4 %), доброта (2 %), власть (2 %), гедонизм (2 %); на уровне индивидуальных приоритетов – безопасность (82 %), достижения (9 %), самостоятельность (5 %), доброта (2 %) и стимуляция (2 %). Таким образом, в данном кластере находятся респонденты, которые на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность.

Среди респондентов кластера № 3 находятся люди со следующими шкалами на уровне семейных ценностей: «Внешняя привлекательность» (36 % респондентов данного кластера), «Личностная идентификация» (33 %),

«Эмоционально-психотерапевтическая» (29 %) и «Интимно-сексуальная» (2 %). С одной стороны, респонденты данного кластера обращают внимание на значимость внешнего облика мужа (жены), его соответствия стандартам семейной моды, они ориентируются на современные образцы внешнего облика супруга(и). С другой стороны, респонденты данного кластера отражают установку мужа (жены) на личностную идентификацию с брачным партнером: ожидают общность интересов, потребностей, ценностных ориентаций, способов времяпрепровождения.

Респонденты кластера № 3 обладают следующими статусами эго-идентичности: автономным статусом эго-идентичности (64 % респондентов данного кластера), предрешенным статусом эго-идентичности (27 %) и диффузным статусом эго-идентичности (9 %). Большинство респондентов данного кластера с автономным статусом эго-идентичности утверждает в выбранной идентичности и какое-то время мотивация к изменениям отсутствует – это фаза моратория.

Среди респондентов кластера № 3 находятся люди со следующими уровнями удовлетворенностью браком: благополучные (60 % респондентов данного кластера), абсолютно благополучные (31 %) и скорее благополучные (9 %). Таким образом, для благополучных и скорее благополучных респондентов кластера № 3 супружество является постоянно поддерживающим процессом взаимоотношений.

Эталонным представителем или эквивалентом этого кластера является субъект, обладающий особенностями личностной идентичности, такими как: такими как: на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность; ориентированы на современные образцы внешнего облика супруга (и); обладают автономным статусом эго-идентичности; находятся в благополучном браке.

Стоит отметить, что при изучении трех кластеров «для респондентов без детей» не были выявлены статистически значимые различия по возрасту, стажу в браке и на работе, поэтому при формировании особенностей личностной идентичности эталонного представителя или эквивалента этого кластера учитывались отличительные характеристики на основании методик, упомянутых выше.

Далее будут рассмотрены три кластера «для респондентов с детьми».

Кластер № 1 «Низкий уровень личностной идентичности субъектов в браке» состоит из 62 человек (62 % от общей выборки пар с детьми): из них 34 мужчин (34 %), 28 женщин (28 %), в том числе 50 человек (т.е. 80 % от общей численности респондентов данного кластера) – это есть 25 супружеских пар (муж и жена), остальные 12 человек – это отдельно взятые респонденты (из них 9 мужчин и 3 женщины); средний возраст респондентов 32,4 год; общий стаж в браке, в том числе в текущем – 7,6 лет; средний общий стаж работы – 14,5 лет; средний стаж работы на текущем месте – 7,2 лет.

Среди респондентов кластера № 1 находятся люди со следующими ценностными ориентациями: на уровне нормативных идеалов – безопасность (60 % респондентов данного кластера), достижения (26 %), универсализм (7 %), самостоятельность (5 %) и доброта (2 %); на уровне индивидуальных приоритетов – безопасность (97 %) и доброта (3 %). Таким образом, в данном кластере находятся респонденты, которые на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность.

Среди респондентов кластера № 1 находятся люди со следующими шкалами на уровне семейных ценностей: «Внешняя привлекательность» (66 % респондентов данного кластера), «Эмоционально-психотерапевтическая» (21 %), «Личностная идентификация» (5 %), «Интимно-сексуальная» (3 %), «Родительско-воспитательная» (3 %), «Социальная активность» (2 %). Таким образом, респонденты кластера № 1 в большей степени ориентируются на современные образцы внешнего облика супруга(и) по шкале «Внешняя привлекательность».

Респонденты кластера № 1 обладают следующими статусами эго-идентичности: предрешенным статусом эго-идентичности (45 % респондентов данного кластера), диффузным статусом эго-идентичности (44 %) и автономным статусом эго-идентичности (11 %). Таким образом, большинство респондентов кластера № 1 находятся в двух статусах эго-идентичности: диффузном и предрешенном статусах. То есть, у этих респондентов проявляются сомнения, неверие в собственные ресурсы, но, вместе с тем, человек ищет, «примеряет» различные образцы для идентичности, находясь в диффузном статусе эго-идентичности. В предрешенном статусе эго-идентичности респонденты сталкиваются с идеализацией «будущего», отказом от «Я-прошлого», эгоцентризмом и некоторой эйфорией по поводу собственных изменений.

Среди респондентов кластера № 1 находятся люди со следующими уровнями удовлетворенностью браком: благополучные (35 % респондентов данного кластера), скорее благополучные (27 %), абсолютно благополучные (21 %), переходные (8 %), неблагоприятные (7 %) и скорее неблагоприятные (2 %). Таким образом, для благополучных, скорее благополучных и абсолютно благополучных респондентов кластера №1 супружество является постоянно поддерживающим процессом взаимоотношений.

Среди респондентов кластера № 1 преобладают люди с уровнем взаимодействия родитель-ребенок по шкале «удовлетворенность отношениями с ребенком». Таким образом, респонденты кластера № 1 обладают высокой степенью выраженности удовлетворенностью отношениями с ребенком.

Эталонным представителем или эквивалентом этого кластера является субъект в возрасте около 32 лет, которые состоят в браке более 7 лет, являются трудоустроенными личностями в течение периода около 15 лет, а также

обладают особенностями личностной идентичности, такими как: на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность; ориентированы на внешнюю привлекательность супруга(и), а также на взаимную моральную и эмоциональную поддержку членов семьи; обладают автономным статусом эго-идентичности, диффузным статусом эго-идентичности и предрешенным статусом эго-идентичности; находятся в благополучном, скорее и абсолютно благополучном браке; обладают высокой степенью выраженности удовлетворенностью отношениями с ребенком.

Кластер № 2 «Средний уровень личностной идентичности субъектов в браке» состоит из 20 человек (20 % от общей выборки пар с детьми): из них 7 мужчин (7 %), 13 женщин (13 %), в том числе две супружеские пары (4 человека, что составляет 20 % от численности этого кластера) и 16 человек (отдельно взятые респонденты: 11 женщин и 5 мужчин); средний возраст респондентов 33,2 год; общий стаж в браке, в том числе в текущем – 8,5 лет; средний общий стаж работы – 11,5 лет; средний стаж работы на текущем месте – 6,5 лет;

Среди респондентов кластера № 2 находятся люди со следующими ценностными ориентациями: на уровне нормативных идеалов – безопасность (70 % респондентов данного кластера), универсализм (20 %), гедонизм (5 %) и достижения (5 %), на уровне индивидуальных приоритетов – безопасность (85 %), самостоятельность (5 %), универсализм (5 %), гедонизм (5 %). Таким образом, в данном кластере находятся респонденты, которые на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность.

Среди респондентов кластера № 2 находятся люди со следующими шкалами на уровне семейных ценностей: «Эмоционально-психотерапевтическая шкала» (55 % респондентов данного кластера), «Внешняя привлекательность» (15 %), «Родительско-воспитательная» (10 %), «Интимно-сексуальная» (10 %) и «Личностная идентификация» (10 %). Выраженная в большей степени «Эмоционально-психотерапевтическая шкала» отражает установку супруга(и) на значимость эмоционально-психотерапевтической функции брака.

Респонденты кластера № 2 обладают автономным статусом эго-идентичности (100% респондентов данного кластера). Таким образом, автономный статус эго-идентичности предполагает обязательное условие перехода в стабильный этап развития – фазу новых количественных изменений. В стабильном же этапе личность утверждается в выбранной идентичности и какое-то время мотивация к изменениям отсутствует – это фаза моратория.

Респонденты кластера № 2 обладают различным уровнем удовлетворенности браком: скорее благополучные (30 % респондентов данного кластера), благополучные (25 %), неблагоприятные (20 %), переходные (10 %), скорее неблагоприятные (10 %) и абсолютно неблагоприятные (5 %). Таким образом, для благополучных и абсолютно благополучных реципиентов кластера № 2 супружество является постоянно поддерживающим процессом взаимоотношений.

Среди респондентов кластера № 2 находятся люди с уровнями взаимодействия родитель-ребенок по шкалам: «удовлетворенность отношениями ребенка с родителем» (35 % респондентов данного кластера), «отсутствие сотрудничества – сотрудничество» (25 %), «эмоци-

ональная дистанция-близость» (20 %) и «непоследовательность-последовательность» (20 %). Респонденты кластера № 2 обладают высоким уровнем удовлетворенности отношениями ребенка с родителем.

Эталонным представителем или эквивалентом этого кластера является субъект в возрасте более 33 лет, которые состоят в браке более 8 лет, являются трудоустроенными личностями в течение периода около 12 лет, а также обладают особенностями личностной идентичности, такими как: на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность; ориентированы на взаимную моральную и эмоциональную поддержку членов семьи; обладают автономным статусом эго-идентичности; находятся в браке с разным уровнем удовлетворенности – от абсолютно неблагоприятных до благоприятных; обладают высокой степенью выраженности эмоциональной близости ребенка к

родителю, а также высоким уровнем последовательности родителя в своих действиях и поступках по отношению к ребенку.

Кластер № 3 «Высокий уровень личностной идентичности субъектов в браке» состоит из 18 человек (18 % от общей выборки пар с детьми): из них 9 мужчин (9 %), 9 женщин (9 %), в том числе 6 супружеских пар (6 мужчин и 6 женщин, что составляет 67 % от численности этого кластера) и 6 респондентов (3 мужчины и 3 женщины); средний возраст респондентов 34,5 год; общий стаж в браке, в том числе в текущем – 9,4 лет; средний общий стаж работы – 13,3 лет; средний стаж работы на текущем месте – 6,6 лет.

Среди респондентов кластера № 3 находятся люди со следующими ценностными ориентациями: на уровне нормативных идеалов – безопасность (50 % респондентов данного кластера), самостоятельность (22 %), доброта (17 %), достижения (6 %), власть (5 %); на уровне индивидуальных приоритетов – безопасность (28 %), универсализм (22 %), самостоятельность (17 %), доброта (17 %), достижения (11 %) и гедонизм (5 %). Таким образом, в данном кластере находятся респонденты, которые на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность.

Среди респондентов кластера № 3 находятся люди со следующими шкалами на уровне семейных ценностей: «Эмоционально-психотерапевтическая» (61 % респондентов данного кластера), «Родительско-воспитательная» (22 %) и «Личностная идентификация» (17 %). Выраженная в большей степени «Эмоционально-психотерапевтическая» шкала рассматривается как показатель значимости для супруга(и) взаимной моральной и эмоциональной поддержки членов семьи, ориентация на брак как среду, способствующую психологической разрядке и стабилизации.

Респонденты кластера № 3 обладают автономным статусом эго-идентичности (100 % респондентов данного кластера). Таким образом, автономный статус эго-идентичности предполагает обязательное условие перехода в стабильный этап развития – фазу новых количественных изменений.

В стабильном же этапе личность утверждается в выбранной идентичности и какое-то время мотивация к изменениям отсутствует – это фаза моратория.

Среди респондентов кластера № 3 находятся люди со следующими уровнями удовлетворенностью браком: абсолютно благоприятные (83 % респондентов данного кластера) и благоприятные (17 %). Таким образом, для абсолютно благоприятных и благоприятных респондентов кластера № 3 супружество является постоянно поддерживающим процессом взаимоотношений.

Среди респондентов кластера № 3 находятся люди с различным уровнем взаимодействия родитель-ребенок по шкалам: «непоследовательность-последовательность» (28 % респондентов данного кластера), «эмоциональная дистанция-близость» (28 %), «отвержение-принятие» (17 %), «удовлетворенность отношениями ребенка с родителем» (16 %) и «отсутствие сотрудничества – сотрудничество» (11 %). Таким образом, респонденты кластера № 3 проявляют свою последовательность действий по отношению к ребенку и требований к нему, и это отражается на эмоциональной близости родителя к ребенку.

Эталонным представителем или эквивалентом этого кластера является субъект в возрасте около 35 лет, которые состоят в браке около 10 лет, являются трудоустроенными личностями в течение периода более 13 лет, а также обладают особенностями личностной идентичности, такими как: на первое место среди ценностных ориентаций ставят свою безопасность; ориентированы на взаимную моральную и эмоциональную поддержку членов семьи, а также на брак как среду, способствующую психологической разрядке и стабилизации; обладают автономным статусом эго-идентичности; находятся в абсолютно благоприятном и благоприятном браке; обладают высоким уровнем последовательности действий по отношению к ребенку и эмоциональной близостью к ребенку.

Заключение. Как мы можем наблюдать, кластерный анализ позволил нам внимательно изучить особенности личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без. Это позволило нам выявить трехзвенную архитектуру, а именно по три кластера в каждой из групп семей с детьми и без, ввести новое понятие, такое как «эталонный представитель кластера» или эквивалент кластера, характеризующий особенности личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без, которому был присвоен уникальный уровень личностной идентичности – высокий, средний и низкий.

С целью дальнейшей работы по этой теме планируется разработать модель формирования особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без, которая будет использоваться в качестве ориентиров для составления практических рекомендаций при организации психосоциального сопровождения субъектов в браке с детьми и без. Модель формирования особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без может быть применена в различных разделах психологии, а именно:

- в семейной психологии, где рассматривается эмоциональная и функциональная специфика отношений членов семьи друг с другом;
- в детско-родительских отношениях, где важнейшую роль в создании благоприятных условий при формировании личности ребенка играет его семья;
- в профессиональной психологии, изучающей психологические процессы, состояния и закономерности работы психики человека, связанные с трудовой деятельностью;
- в социальной психологии, изучающей закономерности поведения и деятельности людей, обусловленных включением их в социальные группы, а также психологических характеристик самих групп.

Для углубленного изучения особенностей личностной идентичности субъектов в браке с детьми и без рекомендуется также продолжить исследование, используя другие виды методы многомерного статистического анализа данных, такие как: факторный, дискриминантный и регрессионный анализы.

Конфликт интересов

Не указан

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest

None declared

Review

All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Аверина Е.Н. Особенности семейных ценностей у супружеских пар, имеющих и не имеющих детей / Е.Н. Аверина // Общество: социология, психология, педагогика. – 2022. – № 8. – С. 113–118. – URL : <https://doi.org/10.24158/spp.2022.8.16>
2. Аверина Е.Н. Особенности эго-идентичности и ценностных ориентаций субъектов, состоящих в браке с детьми и без детей / Е.Н. Аверина // Общество: социология, психология, педагогика. – 2022. – № 9. – С. 74–81. – URL : <https://doi.org/10.24158/spp.2022.9.11>
3. Аверина Е.Н. Структура нормативных идеалов и семейных ценностей мужчины и женщины в условиях брачного события // Человек. Сообщество. Управление: Взгляд молодого исследователя. – Краснодар, 2019. – С. 5–7.
4. Алешина Ю.Е. Удовлетворенность браком и межличностное восприятие в супружеских парах с различным стажем совместной жизни. – М., 1985.
5. Волкова А.Н. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии. – Л., 1990. – 272 с.
6. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. – СПб., 2004. – 34 с.
7. Коваленко А.В. Многомерный статистический анализ предприятия / А.В. Коваленко, М.Х. Уртенев, У.А. Узденов. – М. : Academia, 2009. – 240 с.
8. Коваленко А.В. Кластерный анализ финансово-экономического состояния предприятий строительной отрасли / А.В. Коваленко, М.Х. Уртенев, Л.Н. Заикина // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. – 2010. – № 60. – С. 189–200.
9. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. – СПб. : Речь, 2005. – 150 с.

10. Рябикина З.И. Личность и ее бытие в быстро меняющемся мире / З.И. Рябикина // Личность и бытие: теория и методология. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Краснодар, 2003. – С. 5–26.
11. Солдатова Е.Л., Структура и динамика нормативного кризиса перехода к взрослости. – Челябинск : ЮУрГУ, 2007.
12. Солдатова Е.Л. Связь эго-идентичности и личностной зрелости / Е.Л. Солдатова, И.А. Шляпкинова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8. – № 1. – С. 29–33.
13. Харитоновна Е.В. Структура и динамика социально-профессиональной востребованности личности: диссертация на соискание учёной степени доктора психологических наук: 19.00.03 / Харитоновна Евгения Владимировна. – М., 2012. – Т. 1. – 148 с.
14. Эго-идентичность и ценностная направленность мужчин и женщин, состоящих в незарегистрированных отношениях и в браке / З.И. Рябикина [и др.] // Южнороссийский журнал социальных наук. – 2020. – Т. 21. – № 3. – С. 8–96.
15. Soldatova E.L. Methods of measuring of ego-identity / E.L. Soldatova, E.V. Benko // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2013. – Т. 6. – № 3. – С. 13–16.

References:

1. Averina E.N. Features of family values in married couples with and without children // Society: sociology, psychology, pedagogy. – 2022. – № 8. – P. 113–118. – URL : <https://doi.org/10.24158/spp.2022.8.16>
2. Averina E.N. Features of ego-identity and value orientations of subjects married with and without children // Society: sociology, psychology, pedagogy. – 2022. – № 9. – P. 74–81. – URL : <https://doi.org/10.24158/spp.2022.9.11>
3. Averina E.N. The structure of normative ideals and family values of men and women in the conditions of marital co-existence / E.N. Averina // Man. Community. Management: The View of a young researcher. – Krasnodar, 2019. – P. 5–7.
4. Alyoshina Yu.E. Satisfaction with marriage and interpersonal perception in married couples with different experience of living together. – М., 1985.
5. Volkova A.N. Practicum on experimental and applied psychology. – L., 1990. – 272 p.
6. Karandashev V.N. Schwartz's methodology for the study of personality values: concept and methodological guidance. – SPb., 2004. – 34 p.
7. Kovalenko A.V. Multidimensional statistical analysis of the enterprise / A.V. Kovalenko, M.H. Urtenov, U.A. Uzdenov. – М. : Academia, 2009. – 240 p.
8. Kovalenko A.V. Cluster analysis of the financial and economic condition of construction industry enterprises / A.V. Kovalenko, M.H. Urtenov, L.N. Zaikina // Polythematic network electronic scientific journal of Kuban State Agrarian University. – 2010. – № 60. – P. 189–200.
9. Markovskaya I.M. Training of interaction of parents with children. – SPb. : Speech, 2005. – 150 p.
10. Ryabikina Z.I. Personality and its being in a rapidly changing world / Z.I. Ryabikina // Personality and being: theory and methodology. Materials of the All-Russian Scientific and practical Conference. – Krasnodar, 2003. – P. 5–26.
11. Soldatova E.L. Structure and dynamics of the normative crisis of transition to adulthood. Chel-yabinsk : SUSU, 2007.
12. Soldatova E.L. Connection of ego-identity and personal maturity / E.L. Soldatova, I.A. Shlyapnikova // Bulletin of SUSU. Series «Psychology». – 2015. – Vol. 8. – № 1. – P. 29–33.
13. Kharitonova E.V. Structure and dynamics of socio-professional demand for personality: dissertation for a degree Doctor of Psychological Sciences: 19.00.03 / Kharitonova Evgeniya Vladimirovna. – М., 2012. – Vol. 1. – 148 p.
14. Ego-identity and value orientation of men and women in unregistered relationships and in marriage / Z.I. Ryabikina [et al.] // South Russian Journal of Social Sciences. – 2020. – Vol. 21. – № 3. – P. 8–96.
15. Soldatova E.L. Methods of measuring of ego-identity / E.L. Soldatova, E.V. Benko // Bulletin of SUSU. Series «Psychology». – 2013. – Vol. 6. – № 3. – P. 13–16.

Информация об авторе

Аверина Елена Николаевна
соискатель
факультета управления и психологии,
Кубанский государственный университет,
Краснодар

Elena N. Averina
Applicant
Faculty of Management and Psychology,
Kuban State University, Krasnodar

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ РИСКАМИ РАЗВИТИЯ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Бохан Т.Г., Лещинская С.Б., Силаева А.В., Шабаловская М.В.

Национальный исследовательский Томский государственный университет



DYNAMICS OF MENTAL AND PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH PERINATAL RISK FACTORS FROM CHILDBIRTH TO EARLY PRESCHOOL AGE

Tatiana G. Bokhan, Svetlana B. Leshchinskaia,

Anna V. Silaeva, Marina V. Shabalovskaya

National Research Tomsk State University

Аннотация. Исследование проведено с целью выявления динамики психического и физического развития детей с перинатальными рисками развития на протяжении периодов младенчества, раннего детства и раннего дошкольного возраста. Исследованы 354 ребенка, зачатых естественным способом, и 198 детей, зачатых посредством ЭКО, которые отнесены к: группе пренатального, неонатального, сочетанного пре- и неонатального риска, группе условно здоровых детей. Согласно полученным результатам, физическое развитие и здоровье детей групп риска не отличалось от группы условно здоровых. Развитие детей неонатального риска имеет тенденции к компенсации, пренатальные факторы несут более выраженный риск для психического развития детей.

Ключевые слова:

пренатальный риск, неонатальный риск, психическое развитие, физическое развитие, здоровье, младенчество, раннее детство, младший дошкольный возраст, естественное зачатие, экстракорпоральное оплодотворение.

Abstract.

This study was conducted in order to identify the dynamics of mental and physical development of children with perinatal risks during the periods of infancy, early childhood and early preschool age. We studied 354 naturally conceived children and 198 children conceived through IVF, who were assigned to: the group of prenatal, neonatal, combined pre- and neonatal risk, the group of conditionally healthy children. The results indicated that the physical development and health of children from risk groups did not differ from healthy children. The development of children with neonatal risks tends to compensate, prenatal factors can be a reason for a more pronounced risk for the mental development of children.

Keywords:

prenatal risk, neonatal risk, mental development, physical development, health, infancy, early childhood, early preschool age, natural conception, in vitro fertilization.

Финансирование: Исследование выполнено при поддержке Программы развития Томского государственного университета (Приоритет-2030).

Введение. Современные исследования объективируют задачу выявления факторов риска нервно-психического развития, психических нарушений в раннем детстве с целью определения превентивных вмешательств, поиска новых видов ранней психопрофилактической помощи в развитии и сохранении здоровья детей [1–4]. Такой исследовательский интерес определяется тем, что большинство проблем в развитии, неврологических и психических отклонений, проявляющихся в более поздних возрастах детства и подростничества (расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности, нарушения поведения и т.п.) можно спрогнозировать задолго до их клинической манифестации, социально-психологической дезадаптации, [3–7]. Оценка значимых факторов риска совместно с ранним выявлением отклонений нервно-психического развития у детей позволит своевременно проводить как профилактические, так и реабилитационные мероприятия, включающие педагогическую, психологическую, медикаментозную коррекцию, что снизит процент детей с клиническими

и дезадаптационными проявлениями [8–12]. О необходимости решения этой задачи свидетельствует и появление нового раздела психиатрии – микропсихиатрии, психиатрии младенчества и раннего (до 3-х лет) возраста, основная научная цель которой заключается в исследовании раннего психогенеза, выявлении факторов риска психических нарушений и психической симптоматологии в раннем возрасте.

Об актуальности разработки данной проблемы свидетельствуют и статистические данные: на протяжении последних шести лет ежегодно около 36 % детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности, не менее 12 % рождаются недоношенными и с низкой массой тела; отмечается рост количества детей с отставанием психического развития, а также заболеваниями нервной системы, который за период с 2000 до 2018 гг. составил 150 % (с 62,4 до 91,1 на 1000 детей в возрасте 0–14 лет) [8]. Известно, что нарушение здоровья приводит к замедлению темпа психического развития и ограничению реализации познавательного потенциала, обуславливает искажение психологических взаимоотношений ребенка с внешней средой, трудности социальной адаптации [3, 4, 7, 8, 12–14]. Определенную структуру нарушений здоровья, их этиологию и течение исследователи относят к первичным факторам, обуславливающим нарушение психического развития и социальной адаптации детей, считают их значимыми прогностическими факторами психического развития, характера психологических трудностей детей [8]. Анализ отечественных и зарубежных данных приводит ученых и практиков к мнению, что при любых нарушениях здоровья, возникших в раннем перинатальном периоде, дети должны рассматриваться как младенцы, нуждающиеся в комплексной медико-психолого-педагогической помощи, «абилитации» [4, 8, 12, 15–18]. Через такую систему могут решаться задачи ранней профилактики проблем психического развития и создание условий для эффективной реализации психологического потенциала детей с рисками ограничения развития и здоровья любой этиологии.

Однако, на сегодняшний день, как в психолого-педагогической помощи, так и в детской педиатрии и микропсихиатрии уделяется недостаточное внимание ранней комплексной помощи детям и их семьям. Г.В. Козловская отмечает, что в целом клинический раздел психиатрии раннего возраста остается недостаточно разработанным и указывает на важную исследовательскую задачу – создание специальных методик для определения степени и качества психического развития младенца [4]. Педиатры указывают на сложившееся противоречие – с одной стороны, внедрение современных технологий и совершенствование неонатальной медицинской помощи приводит к увеличению выживаемости младенцев с пренатальными и неонатальными рисками, с другой – отмечается необходимость специализированной комплексной системы сопровождения развития детей с ограниченными возможностями развития и здоровья при рождении, которая отсутствует на сегодняшний день [19].

Таким образом, современная практика педиатрии с ее возросшими возможностями требуют от психологии выявления и обобщения знаний о вариантах психического развития детей с перинатальными рисками нарушения развития, создания новых научных подходов, концепций и моделей комплексной медико-психологической помощи детям раннего возраста. Новые данные, полученные с помощью научно-обоснованных методов и методик оценки психического развития детей, должны быть использованы в наиболее сензитивном периоде для эмоционального, когнитивного и социального развития ребенка. Они позволят определить благоприятные условия среды, стратегии воспитания с учетом индивидуальной траектории развития ребенка.

Целью исследования являлось выявление динамики психического и физического развития детей с перинатальными рисками развития на протяжении периодов: младенчества (9 месяцев), раннего детства (18 месяцев, 29 месяцев) и раннего дошкольного возраста (4 года). Гипотезы: 1) дети с перинатальными рисками развития и здоровья имеют менее благоприятное психическое и физическое развитие по сравнению с условно здоровыми детьми; при этом вид (пренатальный, неонатальный, сочетание пренатального и неонатального) перинатальных факторов может быть связан с определенными характеристиками психического и физического развития детей.

Материалы и методы. Исследование проведено с использованием данных Проспективного лонгитюдного междисциплинарного исследования детского развития [20]. Изначальную выборку, сформированную в период ожидания ребенка, составили 354 ребенка, зачатых естественным способом (естественное зачатие, условно – ЕЗ), и 198 детей, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения (условно – ЭКО). Число детей, принимавших участие в каждом из последующих этапов исследования, было меньше inicialной выборки в связи с отказом части респондентов от дальнейшего участия. Так, на первом срезе, проведенном после рождения ребенка в его возрасте 9 месяцев, от участия отказались 31 % участников группы ЕЗ

и 40 % участников группы ЭКО. К раннему детству ребенка процент отказа, по сравнению с изначальной выборкой, составил 47 % в группе ЕЗ и 45 % – в группе ЭКО, к младшему дошкольному возрасту ребенка совокупный процент отказа составил 56 % в группе ЕЗ и 59 % – в группе ЭКО (процент респондентов от начальной выборки).

Данные о наличии факторов пренатального и неонатального риска получены из медицинских карт матери и новорожденного. Дети были отнесены к группе пренатального или неонатального риска при наличии как минимум одного из нижеперечисленных факторов риска, к группе сочетанного пренатального и неонатального риска – при наличии как минимум по одному фактору риска из каждой группы. Факторами пренатального риска являлись: многоплодная беременность, наличие патологических состояний или перенесенные заболевания в период беременности (хроническая гипоксия, гестоз, артериальная гипертензия, артериальная гипотония, анемия, патология щитовидной железы, ОРВИ, гестационный диабет, маточные аномалии, малое количество околоплодных вод, заболевания шейки матки, вагинальное кровотечение, преждевременный разрыв оболочек мембран), выявленные пороки развития во время УЗИ скрининга в 11–14, 20–21 и 32 недели, выявление патологии во время раннего биохимического скрининга, высокий стресс матери в 1, 2 и 3 триместре. Факторами неонатального риска являлись: срок гестации 37 недель и ниже, экстренные оперативные роды, тяжелое состояние ребенка при рождении, оценка по шкале Апгар на 5-й минуте ниже 7 баллов, асфиксия во время родов, масса тела менее 2500 гр., рост менее 40 см, врожденные пороки развития, родовые травмы, переход на второй этап выхаживания.

Соответственно, было выделено 4 группы детей. К группе пренатального риска относился 181 ребенок (51,1 %) группы ЕЗ и 55 детей (27,8 %) группы ЭКО; к группе неонатального риска – 9 детей группы ЕЗ (2,5 %) и 8 детей группы ЭКО (4 %), к группе сочетанного пренатального и неонатального риска – 67 детей группы ЕЗ (18,9 %) и 94 ребенка группы ЭКО (47,5 %). К группе условно здоровых было отнесено 97 детей группы ЕЗ (27,4 %) и 41 ребенок группы ЭКО (20,7 %), каждый из которых не имел ни одного из факторов риска.

Диагностика психического и физического развития детей осуществлялась в возрасте 9 месяцев, 18 месяцев, 29 месяцев и 4 года. Все методики проверены на внутреннюю согласованность методом альфа Кронбаха (для всех шкал значение $> 0,6$). Диагностический инструмент сформирован на основе русскоязычных версий методик, использованных в масштабных лонгитюдных исследованиях QLSCD (Квебекское лонгитюдное исследование детского развития) и TEDS (Исследование раннего развития близнецов) [20, 21]:

Опросник трудного темперамента The Infant Characteristics Questionnaire (Bates [et al.], 1979); шкала социо-моторного развития (The Motor and Social Development scale, NCHS, 1984); анкета об эмоциональных трудностях ребенка во время приема пищи (отказ от пищи, отрицательная реакция на кормление; QLSCD, 2001); анкета о здоровье ребенка (QLSCD, 2001), содержащая информацию об общем благополучии здоровья ребенка, его росте и массе тела применялись в исследовании в возрасте 9-ти месяцев.

Опросник трудного темперамента The Infant Characteristics Questionnaire (Bates [et al.], 1979); шкала социо-моторного развития (создана для QLSCD на основе The Motor and Social Development scale, The Vineland Adaptive Behavior Scales VABS); анкета о речевом, коммуникативном, двигательном развитии (Мирошников, 2011); МакАртуровский тест коммуникативного развития детей раннего возраста в адаптации кафедры детской речи РГПУ им. А.И. Герцена 2002; анкета об эмоциональных трудностях ребенка во время приема пищи (QLSCD, 2002); анкета о здоровье ребенка (QLSCD, 2001), аналогичная периоду младенчества были использованы для оценки психического и физического развития в возрасте 18 месяцев.

Опросник «Поведение вашего ребенка», R.E. Tremblay [et al.], 2003): интернализирующее (стеснительность, депрессивность, тревожность) и экстернализирующее (гиперактивность, агрессия, непослушание) поведение; вопросы о соответствии речевого развития возрастной норме из МакАртуровского теста коммуникативного развития детей раннего возраста в адаптации кафедры детской речи РГПУ им. А.И. Герцена, 2002); опросник «Особенности коммуникации ребенка» (P.S. Dale, V.M. Bishop, 2003) о нарушениях речевого развития ребенка; методика Parent-Administered PARCA (TEDS, 2002) с интерактивными заданиями «Кубики», «Мост», «Делай, как я» для диагностики когнитивного развития ребенка; методика диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста (К.Л. Печора, Г.В. Пантюхиной, 2008) для диагностики двигательного развития и навыков ребенка; анкета о нарушениях сна ребенка (QLSCD, 2003); анкета о здоровье ребенка (QLSCD, 2003) с вопросами о частоте инфекционных заболеваний в течение последнего года применялись в возрасте детей 29 месяцев.

В 4 года были использованы: опросник о поведении ребенка, измеряющий выраженность гиперактивности, просоциального поведения, физической агрессии, невнимательности, про-

блем поведения, психоэмоциональных проблем, застенчивости (ВЕН; Cote [et al.], 2017; «Ваш ребенок дома» (Goodman, 1997; Behar, Stringfield, 1974 в адаптации TEDS)); интерактивная методика для ребенка «Parent-Administered PARCA» (Oliver [et al.], 2002), направленная на диагностику когнитивного развития (способность к обобщению, зрительно-моторная координация, логическое мышление, пассивный словарный запас), методика «Parent-reported PARCA» (Oliver [et al.], 2002) для диагностики общей осведомленности; методика для диагностики речевого развития (сокращенная версия Мак-Артуровского опросника речевого развития в адаптации S. Petrill [et al.], 2004; вопросы к родителям «Что говорит Ваш ребенок?» о соответствии речевого развития возрастной норме); шкала познавательной мотивации BRAT (Behavioural Responses After Task), анкета о здоровье ребенка (QLSCD, 2003) с вопросами о частоте инфекционных заболеваний в течение последнего года, о наличии хронических заболеваний; анкета об эмоциональных трудностях ребенка во время приема пищи (QLSCD, 2003).

Статистический анализ осуществлен в программе SPSS 23.0 (описательная статистика, частотный анализ, проверка на нормальность распределения методом Колмогорова-Смирнова (распределение отличалось от нормального), проверка шкал на внутреннюю согласованность методом Альфа Кронбаха, сравнительный анализ критерием Манна-Уитни).

Результаты

Факторы риска

В таблице 1 представлены результаты частотного анализа факторов риска у детей групп ЕЗ и ЭКО.

Таблица 1

Результаты частотного анализа факторов риска

	ЕЗ	ЭКО
Пренатальные факторы (в %)		
Многоплодная беременность	3,5	26,6
Хроническая гипоксия	10,4	14,9
Гестоз	4,4	14
Артериальная гипертензия	5,5	11,2
Артериальная гипотония	20,2	17,3
ОРВИ во время беременности	24,2	28,3
Анемия во время беременности	47,8	60,2
Патология щитовидной железы во время беременности	8,7	28,6
Маркеры хромосомных аномалий (УЗИ в 11–14 недель)	4,3	4,4
Врожденные пороки развития плода (УЗИ в 20–21 недель)	3,2	5,6
Патологии на УЗИ в 32 недели	4,8	5,5
Патологии на раннем биохимическом скрининге (до 13 недель)	5,1	2,6
Гестационный диабет	4,9	11,2
Преждевременный разрыв оболочек мембран	0	0
Вагинальное кровотечение	4,6	14
Заболевания шейки матки	3,6	5,1
Маточные аномалии	0,5	0,9
Малое количество околоплодных вод	0	0,9
Повышенный уровень стресса	7	9,7
Неонатальные факторы (в %)		
Срок гестации менее 38 недель	8,7	21,1
Роды экстренные оперативные	24,3	74,2
Тяжелое состояние при рождении	2,6	6,5
Балл по шкале Апгар ниже 7	0,4	0,8
Асфиксия	0,9	0
Масса тела менее 2500 гр	5,5	10,9
Рост менее 40 см	0	2,3
Врожденные пороки развития	1,3	3,2
Родовые травмы	0,4	1,6
Перевод на второй этап выхаживания	3,7	11,6

Выявлены значимые различия ($\chi^2 = 54,88$; $p = 0,00$) в принадлежности детей к группе пренатального риска (ЕЗ: 51,1 %; ЭКО: 27,8 %) и сочетанного пренатального и неонатального риска (ЕЗ: 18,9 %; ЭКО: 47,5 %). Значимые различия в принадлежности к группе неонатального риска и к группе условно здоровых отсутствовали.

При этом, были выявлены значимые различия в отдельных показателях, отнесенных к факторам риска. У женщин с индуцированной беременностью, по сравнению с женщинами со спонтанным зачатием, чаще регистрировалась многоплодная беременность ($\chi^2 = 42,87$; $p = 0,00$), гестоз ($\chi^2 = 9,62$; $p = 0,00$); анемия ($\chi^2 = 4,56$; $p = 0,03$); патологии щитовидной железы ($\chi^2 = 23,47$; $p = 0,00$). Значимо большее число детей группы ЭКО, по сравнению детьми группы ЕЗ, были рождены посредством кесарева сечения ($\chi^2 = 80,21$; $p = 0,00$), на низком сроке гестации ($\chi^2 = 9,19$; $p = 0,00$); переведены на второй этап выхаживания ($\chi^2 = 5,93$; $p = 0,01$). Также, выявлены различия в сроке гестации ($U = 8513,5$; $p = 0,00$) и массе тела при рождении ($U = 12287,5$; $p = 0,00$): данные показатели были в среднем ниже у детей группы ЭКО, чем у детей группы ЕЗ.

Психическое и физическое развитие групп риска

В таблице 2 представлены описательные статистики всех показателей, значимо различавшихся между группой риска и группой условно здоровых детей, в таблице 3 – показателей, значимо различавшихся между группами риска. Значимые различия между группой неонатального риска и группой условно здоровых на всех этапах исследования отсутствовали. В графе «Диапазон нормы» представлены значения интервала от Q1 до Q3, представляющие собой общегрупповую норму, вычисленную в общих группах детей ЭКО и ЕЗ.

Возраст 9 месяцев

В младенческом возрасте развитие детей всех групп риска по всем исследованным показателям (рост, вес, состояние здоровья, трудный темперамент, социо-моторное развитие, трудности приема пищи) значимо не отличалось от условно здоровых как для детей группы ЕЗ, так и для детей группы ЭКО. В среднем дети не имели выраженных проблем со здоровьем, они росли и развивались в соответствии с возрастом, не имели выраженного трудного темперамента (отрицательная реакция на новую обстановку, частый плач), демонстрировали нормативное моторное и социальное развитие. Однако, обнаружены значимые различия между естественно зачатыми детьми пренатальной и неонатальной групп риска: дети группы неонатального риска, по сравнению с детьми пренатального риска, имели более благоприятное социо-моторное развитие ($U = 251,5$; $p = 0,04$; $r = 0,18$). Среди детей группы ЭКО, дети сочетанного риска имели менее благоприятное социо-моторное развитие, чем дети пренатального риска ($U = 881,5$; $p = 0,00$; $r = 0,31$).

Возраст 18 месяцев

В возрасте 18 месяцев дети группы ЭКО сочетанного пренатального и неонатального риска имели значимо более низкие показатели речевого ($U = 123,5$; $p = 0,03$; $r = 0,30$) и двигательного ($U = 95,5$; $p = 0,01$; $r = 0,38$) развития, по сравнению с условно здоровыми детьми. Несмотря на то, что в группе риска средние показатели развития отличались от показателей группы условно здоровых детей, они находились в пределах нормативных значений. По показателям состояния здоровья, роста, веса, трудного темперамента, трудностей приема пищи, социо-моторного и коммуникативного развития, особенностям сна значимых различий не выявлено. Среди естественно зачатых детей различия были не значимы.

Возраст 29 месяцев

В группе детей, зачатых посредством ЭКО, дети группы пренатального риска ($U = 68,5$; $p = 0,02$; $r = 0,40$) и сочетанного риска ($U = 162$; $p = 0,02$; $r = 0,29$), по сравнению с условно здоровыми детьми, более успешно выполняли когнитивные задания. По остальным показателям значимых различий не выявлено. Дети группы ЕЗ сочетанного риска имели более выраженные нарушения сна, по сравнению с условно здоровыми детьми ($U = 561$; $p = 0,03$; $r = 0,24$). Дети групп пренатального ($U = 125$; $p = 0,02$; $r = 0,23$) и сочетанного ($U = 64$; $p = 0,047$; $r = 0,29$) риска группы ЕЗ, по сравнению с детьми неонатального риска, демонстрировали более выраженное экстернализирующее поведение. При этом, дети сочетанного риска по сравнению с детьми пренатального риска имели менее выраженную тревожность ($U = 1649$; $p = 0,04$; $r = 0,18$) и лучше выполняли задание на повторение последовательности действий ($U = 1496,5$; $p = 0,04$; $r = 0,17$). По остальным показателям дети групп риска не отличались от условно здоровых.

Возраст 4 года

В раннем дошкольном возрасте дети групп риска демонстрировали ряд отличий от условно здоровых детей, за исключением показателей общей осведомленности, речевого развития, состояния здоровья.

В группе детей ЭКО, дети группы пренатального риска, по сравнению с условно здоровыми, демонстрировали менее развитое логическое мышление ($U = 16$; $p = 0,04$; $r = 0,39$), были более гиперактивны ($U = 24$; $p = 0,04$; $r = 0,39$), имели более выраженные эмоциональные про-

блемы ($U = 23$; $p = 0,04$; $r = 0,40$) и трудности приема пищи ($U = 20$; $p = 0,02$; $r = 0,43$). Дети сочетанного риска имели менее развитые зрительно-моторную координацию ($U = 49,5$; $p = 0,03$; $r = 0,29$) и логическое мышление ($U = 26,5$; $p = 0,02$; $r = 0,33$), более выраженные проблемы эмоционального развития ($U = 47,5$; $p = 0,03$; $r = 0,30$) и трудности приема пищи ($U = 38$; $p = 0,01$; $r = 0,34$), а также реже демонстрировали просоциальное поведение ($U = 42,5$; $p = 0,03$; $r = 0,32$), по сравнению с условно здоровыми.

Среди детей группы ЕЗ обнаружены следующие особенности развития. По сравнению с условно здоровыми, дети группы пренатального риска демонстрировали менее выраженную познавательную мотивацию и чаще отказывались выполнять интерактивные задания ($U = 807$; $p = 0,03$; $r = 0,21$); хуже знали буквы ($U = 675,5$; $p = 0,00$; $r = 0,28$); дети сочетанного пренатального и неонатального риска наряду с менее успешным освоением букв ($U = 260,5$; $p = 0,01$; $r = 0,34$), имели более выраженную физическую агрессию ($U = 304$; $p = 0,01$; $r = 0,31$) и эмоциональные проблемы ($U = 287$; $p = 0,01$; $r = 0,33$).

По сравнению с детьми неонатального риска, дети пренатального (1) и сочетанного риска (2) демонстрировали более выраженную агрессию (1: $U = 52,5$; $p = 0,03$; $r = 0,25$; 2: $U = 16$; $p = 0,01$; $r = 0,41$) и поведенческие нарушения (1: $U = 46$; $p = 0,02$; $r = 0,26$; 2: $U = 16$; $p = 0,01$; $r = 0,40$). Дети сочетанного риска лучше выполняли интерактивные задания, чем дети неонатального риска ($U = 24$; $p = 0,04$; $r = 0,34$), и имели более выраженную познавательную мотивацию, чем дети пренатального риска ($U = 1007$; $p = 0,03$; $r = 0,20$). При этом, успешность выполнения интерактивных заданий у детей неонатального риска была ниже среднегрупповой нормы.

Таблица 2

Описательные статистики показателей, значимо различающихся между группами риска и группой условно здоровых (все этапы)

Показатели	Гр.	Сред.	SD	Мин.	Макс.	Q1	Q2 (Me)	Q3	Диап. нормы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Группа пренатального риска									
ЭКО 29: Когнит. задания*	P	18,24	3,65	9,00	25,00	16,00	19,00	21,00	15–20
	З	15,36	2,69	12,00	20,00	13,00	16,00	17,00	
ЕЗ 4: Отказ выполнять задания*	P	1,87	1,75	0,00	7,00	0,00	2,00	3,00	0–2
	З	1,07	1,3	0,00	4,00	0,00	0,50	2,00	
ЕЗ 4: Нач. навыки чтения**	P	5,56	1,79	1,00	11,00	4,00	6,00	6,00	5–6
	З	6,5	1,71	2,00	11,00	6,00	6,00	7,75	
ЭКО 4: логическое мышление*	P	7,36	2,90	3,00	12,00	4,75	7,50	10,25	5–10
	З	10,75	0,50	10,00	11,00	10,25	11,00	11,00	
ЭКО 4: гиперакть*	P	4,57	1,98	1,25	10,00	3,75	3,75	6,25	2,5–5,3
	З	2,25	2,40	0,00	6,25	0,63	1,25	4,38	
ЭКО 4: эмоц. проблемы*	P	4,22	2,49	1,00	11,00	3,00	4,00	5,00	2–5
	З	1,80	1,79	0,00	4,00	0,00	2,00	3,50	
ЭКО 4: трудности приема пищи*	P	7,39	3,16	3,00	12,00	5,00	7,00	10,00	4–9
	З	3,60	2,19	1,00	7,00	2,00	3,00	5,50	
Группа сочетанного пренатального и неонатального риска									
ЭКО 18: речевое развитие*	P	6,09	2,57	0,00	9,00	4,25	7,00	8,00	5,25–9
	З	7,80	1,99	4,00	9,00	5,75	9,00	9,00	
ЭКО 18: двигат. развитие*	P	7,77	1,60	4,00	10,00	7,00	8,00	9,00	7–9
	З	9,20	1,03	7,00	10,00	8,75	9,50	10,00	
ЕЗ 29: нарушения сна*	P	3,70	2,02	0,00	9,00	2,00	4,00	5,00	2–4,5
	З	2,78	1,46	1,00	6,00	2,00	2,00	4,00	
ЭКО 29: Когнит. задания*	P	17,87	4,37	6,00	26,00	15,00	19,00	20,50	15–20
	З	15,36	2,69	12,00	20,00	13,00	16,00	17,00	
ЕЗ 4: нач. навыки чтения*	P	5,53	1,89	2,00	11,00	4,00	6,00	6,00	5–6
	З	6,50	1,71	2,00	11,00	6,00	6,00	7,75	
ЕЗ 4: физическая агрессия*	P	3,14	1,69	0,00	7,50	1,67	3,33	4,17	0,8–3,3
	З	2,05	1,56	0,00	5,83	0,83	1,67	3,33	
ЕЗ 4: эмоц. проблемы*	P	4,30	2,39	0,00	11,00	3,00	4,00	6,00	3,75–7,7
	З	2,89	2,11	0,00	9,00	2,00	2,00	4,00	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ЭКО 4: зрит.-мот. коорд.*	Р	11,70	4,04	3,00	19,00	10,00	12,00	14,00	10–15
	З	15,80	3,42	11,00	20,00	13,00	15,00	19,00	
ЭКО 4: логическое мышление*	Р	7,33	3,25	0,00	12,00	5,00	8,00	10,00	5–10
	З	10,75	0,50	10,00	11,00	10,25	11,00	11,00	
ЭКО 4: пробл. эмоц. развития*	Р	5,64	2,62	0,00	11,00	4,00	6,00	8,00	4–7,75
	З	2,80	2,39	0,00	6,00	0,50	3,00	5,00	
ЭКО 4: труд. приема пищи*	Р	6,85	2,83	1,00	13,00	4,00	7,00	9,00	4–9
	З	3,60	2,19	1,00	7,00	2,00	3,00	5,50	
ЭКО 4: просоц. поведение *	Р	7,26	1,47	4,29	9,29	6,43	7,14	8,57	6–8,57
	З	8,71	0,78	7,86	9,29	7,86	9,29	9,29	

Примечания: 18 – возраст 18 месяцев, 29 – возраст 29 месяцев, 4 – возраст 4 года; Гр – группа; Р – группа риска, З – условно здоровые; * p < 0,05; ** p < 0,01.

Таблица 3

Описательные статистики показателей, значимо различающихся между группами риска (все этапы)

Показатели	Гр.	Сред.	SD	Мин.	Макс.	Q1	Q2 (Me)	Q3	Диап. нормы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ЕЗ 9: соц.-мот. развитие*	П	26,51	2,10	19,00	29,00	25,00	27,00	28,00	26–28
	Н	27,43	3,36	20,00	29,00	27,00	29,00	29,00	
ЭКО 9: соц.-мот. развитие**	П	27,38	1,86	22,00	29,00	26,00	28,00	29,00	25–28
	ПН	25,94	2,38	20,00	29,00	24,25	26	28,00	
ЕЗ 29: экстерн. поведение*	П	5,79	2,50	1,00	12,00	4,00	6,00	7,00	4–7
	Н	3,50	1,38	1,00	5,00	2,50	4,00	4,25	
	ПН	5,91	3,18	0,00	14,00	4,00	6,00	8,00	
ЕЗ 29: тревожность*	Н	0,83	1,17	0,00	3,00	0,00	0,50	1,50	0–2
	ПН	0,79	1,01	0,00	4,00	0,00	1,00	1,00	
ЕЗ 29: «Делай, как я»*	П	6,05	1,96	0,00	8,00	5,00	6,00	8,00	5–8
	ПН	6,68	1,91	0,00	8,00	6,00	7,00	8,00	
ЕЗ 4: агрессия*	П	2,68	1,74	0,00	9,17	,83	2,50	3,75	0,83–3,33
	Н	0,83	1,18	0,00	2,50	0,00	0,42	2,08	
	ПН	3,14	1,69	0,00	7,50	1,67	3,33	4,17	
ЕЗ 4: общий пок-ль повед. проблем*	П	15,64	6,73	,71	30,58	11,70	14,74	20,52	11,49–19,44
	Н	8,87	1,75	6,85	10,63	7,14	9,00	10,47	
	ПН	17,26	6,20	5,54	32,95	14,32	17,56	20,30	
ЕЗ 4: Отказ выполнять задания*	П	1,87	1,75	0,00	7,00	0,00	2,00	3,00	0–2
	ПН	1,21	1,63	0,00	7,00	0,00	1,00	2,00	
ЕЗ 4: интеракт. задания*	Н	33,75	7,41	24,00	40,00	26,00	35,50	39,75	35–48
	ПН	42,35	8,42	15,00	53,00	39,00	44,50	48,00	

Примечания: 9 – 9 месяцев, 29 – 29 месяцев, 4 – 4 года; Гр. – группа; П – пренатальный риск, Н – неонатальный риск, ПН – сочетанный пренатальный и неонатальный риск; * p < 0,05; ** p < 0,01.

Обсуждение результатов

Проведенное лонгитюдное исследование было направлено на выявление особенностей физического и психического развития детей, относящихся к группе перинатального риска. Показателями физического развития являлись: рост и масса тела, общее благополучие состояния здоровья, частота острых и хронических заболеваний. Психическое развитие изучалось через переменные: трудный темперамент в младенчестве, поведенческие особенности, когнитивное, социальное, двигательное, речевое, эмоциональное развитие. В качестве перинатальных рисков развития были определены пренатальные, неонатальные показатели, выявленные как изолированно, так и в их сочетании, соответственно им в исследовании были сформированы три эмпирические группы респондентов неонатального, пренатального и сочетанного риска развития, для сравнения использована группа контроля – условно здоровые дети. Учитывая такой пренатальный биологический фактор как условие зачатия ребенка, особенности протекания

беременности, основными эмпирическими группами респондентов выступили семьи с детьми от естественной физиологической беременности и зачатые с помощью процедуры ЭКО. Показатели развития были измерены в возрасте ребенка 9, 18, 29 месяцев и 4-х лет.

Полученные данные позволили выявить как определенные совпадения, так и специфические различия в изучаемых показателях психического и физического развития детей группы перинатального риска и условно здоровых детей в обеих группах (ЭКО и ЕЗ) во всех возрастных срезах. Исключение составляет группа перинатального риска детей ЕЗ, показатели развития которых не различались с показателями развития условно здоровых детей в возрасте 9 и 18 месяцев и группа детей перинатального риска ЭКО в 9 месяцев. Также можно заметить, что большее количество различий в показателях развития с условно здоровыми детьми оказалось в возрасте 4-х лет в группах ЭКО и ЕЗ. Выявленные различия указывают на менее благополучное когнитивное, эмоциональное, социальное и физическое развитие детей групп перинатального риска развития. Возможно родителям трудно фиксировать трудности развития в более ранних периодах, но в возрасте 4-х лет они становятся для них более заметны. В нашем исследовании эти показатели развития у групп риска ниже, но в пределах низких нормативных значений, что указывает, на наш взгляд, на своевременность и необходимость ранней профилактики формирования дезадаптационных и клинических проявлений, что согласуется с мнением Г.В. Козловской о нерешенной и актуальной задаче для микропсихиатрии поиска ранней симптоматики и феноменологии психических нарушений [4].

Результаты нашего исследования показали, что в младенчестве трудности социомоторного развития, проявляющиеся в задержке формирования навыков сидения, ползания, хождения, отсутствии реакции на знакомых и незнакомых людей, низкая эмоциональность, могут выступать в качестве показателя риска развития – в группе риска детей ЕЗ этот показатель связан с пренатальным фактором, в то время как в группе риска детей ЭКО – с сочетанием пренатального и неонатального факторов. Важность социомоторного развития, как критерия развития в младенческом возрасте, согласуется с данными ведущих исследователей психологии развития [23]. В периоде раннего детства в группе риска ЭКО такими показателями могут являться более низкие показатели речевого и моторного развития, в группе риска ЕЗ – нарушения сна. В раннем дошкольном возрасте (4 года) трудности развития детей группы риска ЭКО могут проявляться в менее выраженных зачатках логических возможностей, повышенной гиперактивности, эмоциональных проблемах, трудностях зрительно-моторной координации, дефиците просоциальных стратегий поведения, трудностях приема пищи. В группе риска детей ЕЗ больше отмечается проблем с познавательной активностью, отказ от выполнения заданий, более выражена агрессия и эмоциональные проблемы. То есть к 4 годам у детей группы перинатального риска могут формироваться проблемы развития во всех сферах, что указывает на их взаимосвязь, а появление эмоциональных проблем, сниженное проявление просоциальных стратегий поведения (дружелюбие, желание помочь сверстникам и т.п.), гиперактивность, агрессивность говорит о появлении в системе детерминант развития наряду с перинатальными факторами условий семейной среды. Полученные нами данные согласуются с мнением о включении педагогических аспектов в систему комплексного психологического-медико-педагогического сопровождения развития детей с ограничениями по здоровью различной этиологии в ранних этапах онтогенеза [8–12].

Нами были получены некоторые противоречивые факты, которые требуют дополнительного исследования для их понимания и объяснения. Например, дети всех групп риска значимо не отличались от условно здоровых детей по показателям физического развития и здоровья. Данный результат противоречит данным о наличии рисков для иммунной системы, связанных с пренатальными и неонатальными рисками [24, 25]. Учитывая, что проанализированная нами информация о здоровье детей получена из анкет, заполненных матерью, необходимо проведение подтверждающего исследования с использованием объективных данных из медицинских карт. Так как родители подписывали информированное согласие на исследование, нами были проанализированы медицинские данные по группам здоровья детей. Сравнительный анализ не выявил значимых различий в распределении по группам здоровья в группе ЭКО и в группе естественного зачатия в период младенчества и раннего детства [17]. Также, было установлено, что в возрасте 29 месяцев дети пренатального риска, зачатые посредством ЭКО, в среднем лучше выполняли задания, направленные на диагностику когнитивного развития (строительство башни и моста из кубиков по образцу, повторение действий за матерью), чем условно здоровые дети, что возможно объясняется особенностями материнско-детского взаимодействия, когда матери в случае наличия ограничений здоровья у ребенка должны оказывать ему больший уход и внимание. Мы видим, что в 4 года дети группы риска хуже выполняют задания на

оценку зачатков логических структур (выбор недостающего изображения исходя из выявленной закономерности).

Использование распределения респондентов по группам факторов перинатального риска (пренатальный, неонатальный, сочетанный) позволило выявить некоторые различия в показателях развития между респондентами групп, учет которых позволит дифференцировать направления, задачи и методы комплексной психолого-медико-педагогической помощи. Так, установлено, что в младенческом возрасте дети пренатального риска являются наиболее уязвимой категорией среди детей от естественной физиологической беременности, в то время как у детей ЭКО осложняющим фактором развития может являться сочетание пре- и неонатальных факторов риска. Дети сочетанного риска, зачатые естественным способом, демонстрировали более выраженное экстернализирующее поведение в раннем детстве, проявляющееся в агрессии, непослушании, гиперактивности, по сравнению с детьми двух других групп, что сохранялось к раннему дошкольному возрасту детей. Возможно, данные различия опосредованы отношением родителей к ребенку, что требует дополнительной проверки через выявления системы детско-родительских отношений. В то же время дети сочетанного риска, зачатые естественным способом, были в раннем детстве менее тревожны, чем дети неонатального риска, лучше выполняли задание на повторение действий, чем дети группы пренатального риска, что, на наш взгляд, может также косвенно подтверждать наше предположение и литературные данные о гиперопеки матерей детей с ограничениями здоровья. В раннем дошкольном возрасте они имели более выраженную познавательную мотивацию, чем дети пренатального риска, и лучше выполняли интерактивные задания, чем дети неонатального риска. Дети пренатального риска группы ЭЗ демонстрировали менее благополучное психическое развитие в возрасте 9 и 29 месяцев, по сравнению с детьми группы неонатального риска. Данные результаты подчеркивают, что неонатальные факторы риска имеют более выраженную тенденцию к компенсации, тогда как пренатальные факторы несут более выраженный риск для психического развития детей. Значимых различий между группами перинатального риска в группе ЭКО в раннем детстве и младшем дошкольном возрасте не было обнаружено. Предположительно мы можем объяснить отсутствие значимых различий тем, что беременность ЭКО является осложненной и родители на этапе ожидания ребёнка могут быть готовы к вероятным трудностям, при этом им известны способы и специалисты профилактики возможных нарушений; тревожным отношением к беременности и ребенку, проявляющемся в активном обращении за медицинской помощью. Но в то же время мы наблюдали некоторую дифференциацию, проявляющуюся в значимых различиях показателей развития детей групп пренатального и сочетанного риска и детей условно здоровых в группе ЭКО.

Выводы.

1. Пренатальные факторы риска, связанные с материнским здоровьем, могут быть рассмотрены в качестве предпосылки возникновения возможных трудностей психического развития ребёнка на дальнейших этапах его развития, что наиболее ярко проявляется в младшем дошкольном возрасте, в отличии от неонатальных факторов риска, которые имеют выраженную тенденцию к компенсации.

2. Дети группы риска не отличаются от условно здоровых детей по всем исследованным показателям здоровья и физического развития, полученным из анкет матери, что требует дальнейшего изучения

3. Полученные результаты указывают на важность создания специальных методов диагностики особенностей психического развития младенцев и детей раннего возраста для осуществления профилактики и коррекции дезадаптационных нарушений в рамках комплексной системы сопровождения развития детей.

Конфликт интересов

Не указан

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest

None declared

Review

All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0–14 лет в Российской Федерации / М.Н. Бантьева, Е.М. Маношкина, Т.А. Соколовская, Э.Н. Матвеев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – № 65(5). – С. 10.
2. Эпидемиология нарушений психического развития в детском возрасте / Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник, Е.В. Бачило, А.С. Исмаилова // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 6. – С. 45–51.
3. Факторы риска нарушений нервно-психического развития у детей дошкольного возраста / Г.О. Момот, Е.В. Крукович, Е.В. Герасименко, А.А. Денисова // Современные проблемы науки и образования. – 2022. – № 6(1). – С. 104.
4. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации) : автореферат дис. ... докт. мед. наук. М., 1995. – 48 с.
5. No increase in autism-associated genetic events in children conceived by assisted reproduction / S. Ackerman, J. Wenegrat, D. Rettew, R. Althoff, R. Bernier // Fertility and sterility. – 2014. – Vol. 102. Iss. 2. – P. 388–393.
6. Стребелева Е.А. Динамика психического развития младенцев с перинатальной патологией как ориентир для построения индивидуальной программы коррекционно-педагогической помощи / Е.А. Стребелева, С.Б. Лазуренко // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2016. – № 27. – С. 78–90.
7. Перинатальные факторы в генезе речевых нарушений у детей / М.В. Белоусова, М.А. Уткузова, Р.Г. Гамирова, В.Ф. Прусаков // Практическая медицина. – 2013. – № 1(66). – С. 117–120.
8. Свааб Д. Мы – это наш мозг. От матки до Альцгеймера. Нидерландский институт мозга. – Издательство Ивана Лимбаха, 2021. – 544 с.
9. Особенности влияния психозмоционального стресса во время беременности на формирование пищевого поведения у ребенка / Ж.Р. Гарданова, С.А. Салехов, В.И. Есаулов [и др.]. // Research'n Practical Medicine Journal. – 2016. – № 3(1). – P. 24–29.
10. Материнский стресс и здоровье ребенка в краткосрочной и долгосрочной перспективе / Е.С. Акарачкова, А.Р. Артеменко, А.А. Беляев [и др.] // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2019. – № 3. – С. 30–36.
11. Скобло Г.В. Нарушения психического здоровья в первые годы жизни: расстройства аутистического спектра, конституциональные и резидуально-органические нарушения / Г.В. Скобло, С.В. Трушкина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2016. – № 7. – С. 78–84.
12. Бенилова С.Ю. Роль факторов риска на ранних этапах онтогенеза в ранней комплексной профилактике нарушений развития речи и интеллекта / С.Ю. Бенилова // Специальное образование. – 2019. – № 3 – С. 148–164.
13. Levy-Shiff R. Medical, cognitive, emotional and behavioral outcomes in school-age children conceived by in vitro fertilization / R. Levy-Shiff, E. Vakil, L. Dimitrovsky // Journal of Clinical Child Psychology. – 1998. – Vol. 27. – P. 320–329.
14. Зеленина И.В. Особенности когнитивной сферы у детей 7 лет, рожденных с помощью планового кесарева сечения / И.В. Зеленина // European Social Science Journal. – 2016. – № 6. – С. 236–241.
15. Трушкина С.В. Помощь детям раннего возраста с нарушениями психического здоровья: междисциплинарный подход / С.В. Трушкина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 2(31). – С. 5.
16. Печенина В.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям, рожденным в результате экстракорпорального оплодотворения : дис. ... канд. пед. наук. – М., 2018. – 193 с.
17. Силаева А.В. Здоровье матери как фактор психического развития и здоровья детей, рожденных посредством экстракорпорального оплодотворения : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Томск, 2021. – 205 с.
18. Лещинская С.Б. Супружеские и родительские отношения в семьях, зачавших ребенка посредством ЭКО, и их вклад в психическое развитие ребенка : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Томск, 2022. – 194 с.
19. Заваденко Н.Н. Недоношенность и низкая масса тела при рождении как факторы риска нарушений нервно-психического развития у детей / Н.Н. Заваденко, Л.А. Давыдова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – № 63(4). – С. 43–51.
20. Связь веса ребенка при рождении с физической активностью и стрессовыми событиями в жизни матери до и во время беременности / И.Д. Воронина, А.О. Каретина, М.В. Шабаловская,

- А.Л. Ульянич, С.Б. Малых, Ю.В. Ковас // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2016. – № 9(4). – С. 77–86.
21. Québec Longitudinal Study of Child Development Technical Documentation. – URL : https://www.iamillbe.stat.gouv.qc.ca/informations_chercheurs/documentation_technique/doc_tech_an.html (date of the application 23.07.2023).
22. TEDS Data Dictionary. – URL : <https://www.teds.ac.uk/datadictionary> (дата обращения 23.07.2023).
23. Birthweight and gestational age effects on motor and social development / M.L. Hediger, M.D. Overpeck, W.J. Ruan, J.F. Troendle // Paediatric and perinatal epidemiology – 2002. – Vol. 16. Iss. 1. – P. 33–46.
24. Cesarean section and chronic immune disorders / A. Sevelsted, J. Stokholm, K. Bønnelykke, Bisgaard H // Pediatrics. – 2015. – Vol. 135. – Iss. 1. – P. e92–e98.
25. Collins A. Why are preterm newborns at increased risk of infection? / A. Collins, J.H. Weitkamp, J.L. Wynn // Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition. – 2018. – Vol. 103. – Iss. 4. – P. F391–F394.

References:

1. Trends in incidence and dynamics of chronic pathology in children aged 0–14 in the Russian Federation / M.N. Banteva, E.M. Manoshkina, T.A. Sokolovskaya, E.N. Matveev // Social aspects of population health. – 2019. – № 65(5). – P. 10.
2. Epidemiology of mental impairment in childhood / N.V. Filippova, Yu.B. Barylnik, E.V. Bachilo, A.S. Ismailova // Russian Psychiatric Journal. – 2015. – № 6. – P. 45–51.
3. Risk factors for disorders of neuropsychic development in preschool children / G.O. Momot, E.V. Krukovich, E.V. Gerasimenko, A.A. Denisova // Modern Problems of Science and Education. – 2022. – № 6(1). – P. 104.
4. Kozlovskaya G.V. Mental disorders in young children (clinical picture, epidemiology, abilitation) : Synopsis of doctorate dissertation (doctor of medical sciences). – M., 1995. – 48 p.
5. No increase in autism-associated genetic events in children conceived by assisted reproduction / S. Ackerman, J. Wenegrat, D. Rettew, R. Althoff, R. Bernier // Fertility and sterility. – 2014. – Vol. 102. Iss. 2. – P. 388–393.
6. Strelebeva E.A. Dynamics of the psychical development of infants with a perinatal pathology as a guideline for building an individual program for special correctional and pedagogical support / E.A. Strelebeva, S.B. Lazurenko // Almanac Institute of special education. – 2016. – № 27. – P. 78–90.
7. Perinatal factors in the genesis speech disorders in children / M.V. Belousova, M.A. Utukuzova, R.G. Gamirova, V.F. Prusakov // Practical medicine. – 2013. – № 1(66). – P. 117–120.
8. Swaab D. We Are Our Brains: From the Womb to Alzheimer's. Published by Ivan Limbach, 2021. – 544 p.
9. Features of influence of emotional stress during pregnancy on the formation of eating behavior in the child / J.R. Gardanova, S.A. Salehov, V.I. Esaulov [et al.]. // Research and Practical Medicine Journal. – 2016. – № 3(1). – P. 24–29.
10. Maternal stress and child health in the short and long term / E.S. Akarachkova, A.R. Artemenko, A.A. Beliaev [et al.] // RMJ. Medical Review. – 2019. – № 3. – P. 30–36.
11. Skoblo G.V. Mental health disorders in the first years of life: autism spectrum disorders, constitutional and residual-organic abnormalities / G.V. Skoblo, S.V. Trushkina // Journal of neurology and psychiatry. – 2016. – № 7. – P. 78–84.
12. Benilova S.Y. Risk factors at early stages of ontogenesis in early comprehensive prophylaxis for speech and intellectual developmental disorders / S.Y. Benilova // Special education. – 2019. – № 3 – P. 148–164.
13. Levy-Shiff R. Medical, cognitive, emotional and behavioral outcomes in school-age children conceived by in vitro fertilization / R. Levy-Shiff, E. Vakil, L. Dimitrovsky // Journal of Clinical Child Psychology. – 1998. – Vol. 27. – P. 320–329.
14. Zelenina I.V. The peculiarities of cognitive sphere of the 7-year old children's born from caesarean section / I.V. Zelenina // European Social Science Journal. – 2016. – № 6. – P. 236–241.
15. Trushkina S.V. Aid for young children with mental health disorders: an interdisciplinary approach / S.V. Trushkina // Medical psychology in Russia. – 2015. – № 2(31). – P. 5.
16. Pechenina V.A. Correctional and pedagogical help to children born after in vitro fertilization: candidate dissertation (candidate of pedagogical sciences). – M., 2018. – 193 p.
17. Silaeva A.V. Maternal health as a factor of mental development and health of children born after in vitro fertilization: synopsis of candidate dissertation (candidate of psychological sciences). – Tomsk, 2021. – 205 p.

18. Leshchinskaia S.B. Marital and parental relations in families with induced pregnancy, and their contribution to child's mental development: synopsis of candidate dissertation (candidate of psychological sciences). – Tomsk, 2022. – 194 p.
19. Zavadenko M.N. Prematurity and low birth weight as risk factors for neurodevelopmental disorders in children / M.N. Zavadenko, L.A. Davydova // Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. – 2018. – № 63(4). – P. 43–51.
20. The relationship of birth weight with physical activity and stressful events in mother's life before and during pregnancy / I.D. Voronina, A.O. Karetina, M.V. Shabalovskaya, A.L. Ulyanich, S.B. Malykh, Yu.V. Kovas // Theoretical and experimental psychology. – 2016. – № 9(4). – P. 77–86.
21. Québec Longitudinal Study of Child Development Technical Documentation. – URL : https://www.iamillbe.stat.gouv.qc.ca/informations_chercheurs/documentation_technique/doc_tech_an.html (date of the application 23.07.2023).
22. TEDS Data Dictionary. – URL : <https://www.teds.ac.uk/datadictionary> (date of the application 23.07.2023).
23. Birthweight and gestational age effects on motor and social development / M.L. Hediger, M.D. Overpeck, W.J. Ruan, J.F. Troendle // Paediatric and perinatal epidemiology – 2002. – Vol. 16. Iss. 1. – P. 33–46.
24. Cesarean section and chronic immune disorders / A. Sevelsted, J. Stokholm, K. Bønnelykke, Bisgaard H // Pediatrics. – 2015. – Vol. 135. – Iss. 1. – P. e92–e98.
25. Collins A. Why are preterm newborns at increased risk of infection? / A. Collins, J.H. Weitkamp, J.L. Wynn // Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition. – 2018. – Vol. 103. – Iss. 4. – P. F391–F394.

Информация об авторах

Бохан Татьяна Геннадьевна

доктор психологических наук,
профессор,
заведующая кафедрой психотерапии
и психологического консультирования,
Национальный исследовательский
Томский государственный университет
btg960@mail.ru

Лещинская Светлана Борисовна

кандидат психологических наук,
доцент кафедры психотерапии
и психологического консультирования,
Национальный исследовательский
Томский государственный университет
s_leschins94@mail.ru

Силаева Анна Владимировна

кандидат психологических наук,
доцент кафедры психотерапии
и психологического консультирования,
Национальный исследовательский
Томский государственный университет
silaevaav@yandex.ru

Шабаловская Марина Владимировна

кандидат психологических наук,
доцент кафедры психотерапии
и психологического консультирования,
Национальный исследовательский
Томский государственный университет
m_sha79@mail.ru

Tatiana G. Bokhan

Doctor of Psychological Sciences,
Professor,
Head of Department of the Psychotherapy
and Psychological Counselling,
National Research Tomsk State University
btg960@mail.ru

Svetlana B. Leshchinskaia

Candidate of Psychological Sciences,
Associate Professor of Department
of the Psychotherapy
and Psychological Counselling,
National Research Tomsk State University
s_leschins94@mail.ru

Anna V. Silaeva

Candidate of Psychological Sciences,
Associate Professor of Department
of the Psychotherapy
and Psychological Counselling,
National Research Tomsk State University
silaevaav@yandex.ru

Marina V. Shabalovskaya

Candidate of Psychological Sciences,
Associate Professor of the Psychotherapy
and Psychological Counselling,
National Research Tomsk State University
m_sha79@mail.ru

МЕРЫ ЭТИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Любачевский И.А.

Центр семейной психотерапии



MEASURES OF ETHICAL DEFENSE IN PSYCHOLOGICAL PRACTICE

Igor A. Lubachevsky

Center of Family Psychotherapy

Аннотация. Этические принципы являются важным показателем безопасности психологической практики. Данные положения согласуются с юридическими правилами при организации практики и в совокупности могут защитить и психолога, и клиента от рисков, связанных с нарушениями и злоупотреблениями. Этика психолога – часть становления идентичности специалиста на протяжении обучения. На формирование этики в психологической практике влияет множество факторов – образование, супервизия, принадлежность сообществу, коллегиальность. Игнорирование этих факторов часто приводит к этическим нарушениям. В данной статье мы коснемся основных факторов становления этической позиции психолога.

Ключевые слова:

этика, психолог, психотерапевт, клиент, злоупотребления, этические нарушения, образование, супервизия, информированное согласие.

Abstract.

Ethical principles are an important indicator of the safety of psychological practice. These statements are consistent with legal rules in organizing practice and together can protect both the psychologist and the client from the risks of misconduct and abuse. The ethics of the psychologist is part of the formation of the identity of the professional during training. Many factors influence the formation of ethics in psychological practice – education, supervision, community affiliation, collegiality. Ignoring these factors often leads to ethical violations. In this article we will touch upon the main factors of formation of ethical position of a psychologist.

Keywords:

ethics, psychologist, psychotherapist, client, abuse, ethical violations, education, supervision, informed consent.

Введение. Меры этической защиты – это новый взгляд на становление этического самосознания психолога. Многие авторы связывают процесс этического становления психолога не как статичное образование, а как динамический процесс формирования идентичности специалиста и его представлений об этически-сложных вопросах и дилеммах [1, 2, 3]. Это определенный свод правил и алгоритмов, обеспечивающих сохранность границ терапии, а также личную и профессиональную безопасность специалиста при оказании помощи клиентам. Данные положения согласуются с юридической безопасностью при организации практики и в совокупности могут защитить и психолога, и клиента от рисков, связанных с этическими и юридическими нарушениями и злоупотреблениями. Такие меры – это еще и профилактика подобных нарушений, поскольку длительная подготовка и сопровождение практики помогает терапевту быть более осторожным и бережным по отношению к сложным случаям, не оставаясь в одиночестве и имея достаточную поддержку коллег и ассоциаций [6, 9].

Профессиональное образование – базовое психологическое образование специалиста. Игнорирование этого пункта автоматически повышает риски для психологов и клиентов при работе. Для клиента они повышаются в рамках непонимания уровня подготовки специалиста, а для психолога они существенны в силу недостатка академического уровня и методологии [10, 13]. Попытка заменить базовое образование специализацией в методе психотерапии часто приводит к недостатку академического опыта и вызывает серьезные проблемы построения практической деятельности (K.S. Kitchener, 2000). Исключить длительную подготовку нельзя, так как дефицит будет напрямую влиять на начало практики, такие специалисты нуждаются в

более внимательном супервизировании и более глубокой супервизорской и интервизорской поддержке (E.J. Betan & A.L. Stanton 1999). Сложившаяся у нас в стране практика замены базового образования дополнительным усложняет и удлиняет профессиональную подготовку специалиста, вызывает недостаток юридического регулирования и может быть опасным для клиентов (М.В. Бадалова, 2015, М.И. Воловикова, 2011).

Обсуждение. *Специализация и обучение в методе психотерапии* – в современном отношении это неотъемлемое и важное продолжение становления специалиста в профессии [6]. По замечаниям многих специалистов подобный подход компенсирует недостаток базового образования и вносит колоссальный прогресс в клиническую стажировку психологов [6, 7, 8]. За рубежом после окончания обучения в университете, психолог обязан пройти более 2000 часов клинической практики под постоянной супервизией и сдать экзамен на получение лицензии. Это важный аспект обучения специалиста и набора опыта взаимодействия с клиентами, решения сложных вопросов, обучение и профилактика нарушений. В наших реалиях эту функцию выполняют негосударственные учебные институты по психотерапии, которые помогают практикам в выстраивании приемлемой и безопасной терапевтической практики, оказывают супервизорскую и коллегальную поддержку (М.И. Воловикова, И.А. Любачевский, E.J. Betan & A.L. Stanton). К тому же, обучаясь психотерапии многие практики лучше ориентируются в работе с клиентами, давая качественную поддержку, основанную на методологии и опыте.

Личная терапия, супервизия и интервизия практики – многие методы обучения психотерапии предполагают наличие индивидуальной терапии и супервизии, это важный критерий помощи специалистам прикоснуться к собственному клиентскому и семейному опыту [9, 10]. Это необходимо по двум причинам: во-первых, психологу важно осознавать свои собственные сложности и внутренний психологический опыт, которые влияют на его поведение, видеть границы собственных историй, чувств и возможно ограничений, чтобы его терапевтическая позиция была максимально устойчива к смешиванию переживаний от клиента и своих собственных. Это несет позитивный момент в здоровье самого консультанта, помогая ему справиться с собственными сложностями и проблемами [1, 2]. Ощущая поддержку терапевта, раскрываясь, замечая, как он сам может меняться и чувствовать психолог с большим пониманием относится и к его клиенту, более склонен проявлять терпение, заботу, бережность и осторожность с историями клиента (M.C. Gottlieb, 1993). Помимо этого, клиентский опыт помогает заметить, как терапевтические отношения влияют на самого психолога, и как с ними можно обходиться, по-новому, не скатываясь в привычные способы реакции, помогая себе и клиенту обрести новую позицию в решении проблем. Супервизия также значимый и важный подход, помогающий терапевту освоить навыки коллегальности, профессиональной поддержки и работы над сложными случаями под наблюдением более опытного коллеги, супервизия бывает разной – касающейся терапевтических отношений, взгляда на тупик в отношениях с клиентом, так и необходимой для решения клинических задач, этических и правовых, и также касающейся вопросов организации практики [3, 6, 7].

Принадлежность к сообществу – профессиональное одиночество психолога опасно для него самого в силу столкновения с ситуациями, выходящими за рамки его опыта. Опасно оно и для клиента, так как взаимодействие с таким специалистом накладывает этические и психологические риски [2, 6, 7]. Коллегальность в нашей профессии иногда недооценена, поскольку многие представители сообществ замечают и говорят о ненужной конкуренции, и столкновении с неприятием представителей других сообществ (И.Б. Умняшова, А.С. Гильяно, А.А. Кузнецова, Г.В. Новикова, С.В. Мурафа). Каждое сообщество несет множество способов контакта и взаимодействия, которые полезны для специалистов. Но участие психолога внутри сообщества все равно отражает сложившиеся практики его коммуникации с миром и людьми [10]. Присутствие и обозначение себя внутри сообщества, запрос на коллегальную поддержку часто сталкиваются со страхами специалистов прослыть некомпетентным и это является серьезным препятствием для становления психолога [1, 2]. Сообщество психологов – это еще и важный способ коммуникации при решении трудных случаев, кооперации с коллегами для создания новых проектов, развитие собственной практики и постоянное общение с профессионалами, поддерживающее нашу идентичность и самооценку того, как осуществляется работа специалиста. Обязательным в сообществе является и этическое регулирование практики, именно в ассоциациях и организациях этот уровень является важным в обеспечении безопасности всех участников процесса. Ознакомление с этой практикой и участие в ней обязательно для каждого специалиста [1, 7].

Профессиональные границы и ясный контракт – это основа безопасности процесса и качество отношений между клиентом и терапевтом, Марион Милнер [12] выразила это в очень изящном сравнении границ терапии с рамкой картины, как о своеобразной границе между внутренним содержанием и внешним миром, при этом внутреннее содержание как бы создает дру-

гую реальность, в которой возможно исследование и работа с запросом клиента (Milner M. *Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole*, 1955). Способность перемещаться между двумя различными реальностями является диагностически важной и играет роль в принятии решения о лечебных альтернативах и техники, а также о степени, до которой клиент и психолог могут существовать в терапевтических отношениях.

Обращение внимания на юридические аспекты в работе с клиентами с различными запросами – помимо обучения юридическим вопросам, необходимо понимание юридической практики и юридических границ конфиденциальности, помощи, принятия решений об отказе или перенаправлении клиента к другому специалисту [6]. Эти знания и коллегиальная поддержка специалистов, не только психологов, но и юристов создает ясность в отношениях с законом и государством, ясность в осуществлении практики при ведении клиентов, осуществление диспетчерской функции при сложных случаях, защиту интересов и прав клиентов и пациентов, а также разбор конфликтных случаев в этическом комитете и в судах общей юрисдикции по административным и уголовным делам [3, 6, 11].

Ясность взаимоотношений со смежными специалистами – значимым проявлением этической и профессиональной защиты и становления идентичности психолога является коллегиальность не только внутри своего сообщества, но и за его пределами. Это положительно влияет на процесс практики, создавая знакомый круг смежных специалистов для ведения клиентов, совместные осмотры с психиатром или врачом-психотерапевтом, возможность обязательного взаимодействия с врачом-психиатром при ведении пограничных (невротических, психосоматических, личностных) и психотических расстройств, общий язык и феноменология во взаимодействии со смежными специалистами (направления, назначения, выписки, заключения и др.).

Техническая сторона практики – говоря о юридическом пространстве практики психолога дополнением к данным критериям можно назвать легализацию практики специалиста. Данный подход необходим как фактор безопасности самих специалистов перед законом, так и безопасность и этическая защищенность клиентов. К факторам легализации относятся – кабинет или место приема специалиста, оформление ИП, ООО, самозанятости при организации своего частного кабинета/центра, обязательное ведение документации/дневников и архива клиентов, обязательное наличие документов об образовании в месте приема, внедрение в практику типовых документы при ведении клиентов [6, 9].

Информированное согласие клиента – юристы отмечают, что любое соглашение между сторонами, регулирующее их взаимодействие – это вполне логичный документ. Таким документом можно регулировать взаимоотношения полностью или частично. Мы можем заключать договор на оказание психологических услуг и тогда информированное согласие может стать его частью, а можем заключать информированное согласие отдельно [2, 6]. Хорошим поводом могут стать нормы закона о защите прав потребителя [5], который в статье 10 устанавливает обязанность исполнителя своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора. Если у потребителя возник какой-то вред здоровью, жизни или имуществу, то он в праве требовать возмещение убытков в случае, если ему была предоставлена недостоверная ли недостаточно полная информация. Конечно, может быть, клиент сделал осознанный выбор в пользу психолога и определенного направления, но мы, как исполнители, на это опираться не можем. Нам как специалистам необходимо предоставить клиенту полную информацию об услуге, то есть то самое информированное согласие [3, 6, 8]. Значимыми для клиента и терапевта могут быть следующие критерии информированное согласия:

Результаты. Защита клиента и психолога. Клиенты, располагающие информацией о форме и содержании помощи, лучше защищены юридически и этически, поскольку у них есть документ, описывающий компетенции психолога и права клиента. Обсуждение этого правила дает возможность клиенту оценить свои силы и состояние. Подписание согласия поддерживает автономию клиента, клиенту становится понятно, какие формы работы будут использованы терапевтом, также клиент может задать все интересующие вопросы. Рассказывая о процессе консультирования и возможных нарушениях конфиденциальности, психолог защищает себя от возможных претензий клиента, а также ситуаций опасности, в которых границы конфиденциальности могут быть нарушены, это важно для защиты психолога в случаях, когда он обязан сообщить о том, что клиент представляет угрозу третьим лицам или оказывается вовлеченным в отношения насилия [2, 3].

• Установление этических границ, пределов конфиденциальности и компетентности. Важность прочных психологических и физических границ в отношениях между психологом и клиентом очевидна, как и то, что границы устанавливает психолог, у которого в терапевтиче-

ских отношениях больше власти и знаний [12]. Документ помогает создать прозрачные условия помощи для клиента, который скорее всего ничего не знает о правилах участия в психотерапии. Сама процедура подписания документа может быть полезна поскольку «обучает клиента выстраивать границы, дает ему силу и власть участвовать в помощи на равных с психологом». Клиент понимает, где проходят границы психологических отношений. Например, с самого начала клиент осведомлен о том, что психолог не сможет быть его другом/подругой. Это знание поможет клиенту и психологу избежать множественных отношений, которые в ряде случаев могут стать крайне вредными для психики клиента.

- Обсуждение информированного согласия экономит время клиента: все организационные моменты обсуждены заранее, и к ним не нужно возвращаться. Если такого обсуждения в начале не произошло, то в ситуациях, например, связанных с опозданиями, неоплатой сессии и более опасными ситуациями, вторгающимися в процесс терапии, психолог и клиент могут столкнуться с необходимостью обсуждения этого уже в процессе терапии, клиент может обижаться, а терапевт – злиться на клиента. В том случае, если у клиентов есть возможность прочитать согласие на сайте, они могут понять, устраивают ли их условия приема, и выбрать терапевта, который им подходит [10, 11].

<p>Конфликт интересов</p> <p>Не указан</p> <p>Рецензия Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.</p>	<p>Conflict of Interest</p> <p>None declared</p> <p>Review All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.</p>
--	---

Литература:

1. Армашова А.Б. Когда мораль теряет очевидность: этические дилеммы в психологическом консультировании / А.Б. Армашова; Под ред. проф. А.В. Карпова // Научный поиск: Сб. научных работ студентов, аспирантов и преподавателей. – Ярославль : ЯРО РПО, факультет психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова, НПЦ «Психодигностика», 2015. – № 4(33). – С. 170–176.
2. Бадалова, М.В. Моральные дилеммы в деятельности практического психолога: подходы к разрешению / М.В. Бадалова // Первый независимый научный вестник. Перспективные направления развития современной науки. – 2015. – № 1. – Ч. 1. – С. 128–132.
3. Воловикова М.И. Проблемы нравственной и этической психологии в современной России. – М. : Институт психологии РАН, 2011. – 320 с.
4. Жедунова Л.Г. Этические принципы, как регуляторы клиент-терапевтических отношений: Особенности освоения в образовательном процессе / Л.Г. Жедунова, Н.Н. Посысоев; Под ред. Н.В. Кисельниковой, Е.А. Куминской, Е.В. Лавровой, В.А. Земцовой // Электронный сборник материалов конференции. – М. : ФГБНУ «Психологический институт РАО», 2017.
5. Закон РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»: (в ред., введенной в действие с 01.09.2013 г., Федеральным законом от 02.07.2013 г.). – М. : Проспект, 2010.
6. Любачевский И.А. Трудные вопросы частной практики – [б.м.]: Издательские решения. 2023. – 262 с.
7. Анализ соблюдения принципов профессиональной этики специалистами Службы практической психологии образования РФ / И.Б. Умняшова, А.С. Гильяно, А.А. Кузнецова, Г.В. Новикова, С.В. Мурафа // Вестник практической психологии образования. – 2016. – № 2(47). – С. 19–27.
8. Ebert B.W. Dual-relationship prohibitions: A concept whose time never should have come. Applied and Preventive Psychology. – 1997. – № 6. – P. 137–156.
9. Betan E.J. Fostering ethical willingness: Integrating emotional and contextual awareness with rational analysis. Professional Psychology: Research and Practice / E.J. Betan, A.L. Stanton. – 1999. – № 30(3). – P. 295–301.
10. Gottlieb M.C. Avoiding Exploitive Dual Relationships: a Decision-Making Model. Psychotherapy: Theory, Research, Practice. – 1993. – Vol. 30(1). – P. 41–48.
11. Kitchener K.S. Foundations of ethical practice, research, and teaching in psychology. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. – 2000.
12. Little M. The delusional transference (transference psychosis). International Journal of Psychoanalysis. – 1958. 38: 134–8. Google Scholar.
13. Milner M. Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. (1955) Revue française de la psychanalyse, 1979.

References:

1. Armashova A.B. When morality loses its obviousness: ethical dilemmas in psychological counseling / A.B. Armashova; Edited by Prof. A.V. Karpov. // Scientific Search: Collection of scientific papers of students, graduate students and teachers. – Yaroslavl : YARO RPO, Department of Psychology, Yaroslavl State University named after P.G. Demidov, NPC «Psychodiagnostics», 2015. – № 4 (33). – С. 170–176.
2. Badalova M.V. Moral dilemmas in the activity of a practical psychologist: approaches to resolution / M.V. Badalova // First independent scientific bulletin. Perspective directions of development of modern science. – 2015. – № 1. – Ч. 1. – С. 128–132.
3. Volovikova M.I. Problems of moral and ethical psychology in modern Russia. – М. : Institute of Psychology RAS, 2011. – 320 p.
4. Zhedunova L.G. Ethical principles as regulators of client-therapeutic relations: Features of mastering in the educational process / L.G. Zhedunova, N.N. Posyssov; Edited by N.V. Kiselnikova, E.A. Kuminskaya, E.V. Lavrova, V.A. Zemtsova // Electronic collection of conference materials. – М. : FGBNU «Psychological Institute of the Russian Academy of Sciences», 2017.
5. Analysis of compliance with the principles of professional ethics by specialists of the Service of Practical Psychology of Education of the Russian Federation / I.B. Umnyashova, A.S. Guiliano, A.A. Kuznetsova, G.V. Novikova, S.V. Murafa // Bulletin of Practical Psychology of Education. – 2016. – № 2(47). – С. 19–27.
6. The Law of the Russian Federation from 07.02.1992 № 2300-I «On Protection of Consumer Rights» (in the edition, enacted from 01.09.2013, by the Federal Law of 02.07.2013). – М. : Prospect, 2010.
7. Lubachevsky I.A. Difficult questions of private practice – [b.m.]: Publishing Solutions. 2023. – 262 с.
8. Ebert B.W. Dual-relationship prohibitions: A concept whose time never should have come. Applied and Preventive Psychology. – 1997. – № 6. – P. 137–156.
9. Betan E.J. Fostering ethical willingness: Integrating emotional and contextual awareness with rational analysis. Professional Psychology: Research and Practice / E.J. Betan, A.L. Stanton. – 1999. – № 30(3). – P. 295–301.
10. Gottlieb M.C. Avoiding Exploitive Dual Relationships: a Decision-Making Model. Psychotherapy: Theory, Research, Practice. – 1993. – Vol. 30(1). – P. 41–48.
11. Kitchener K.S. Foundations of ethical practice, research, and teaching in psychology. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. – 2000.
12. Little M. The delusional transference (transference psychosis). International Journal of Psychoanalysis. – 1958. 38: 134–8. Google Scholar.
13. Milner M. Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. (1955) Revue française de la psychanalyse, 1979.

Информация об авторе

Любачевский Игорь Анатольевич

клинический психолог,
семейный психотерапевт,
директор,
Центр семейной психотерапии
lubachevskii@gmail.com

Igor A. Lubachevsky

Clinical Psychologist,
Family Psychotherapist,
Director,
Center of Family Psychotherapy
lubachevskii@gmail.com

ФОРМИРОВАНИЕ АДАПТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Мазанкина Е.В.

Самарский государственный медицинский университет



FORMATION OF AN ADAPTIVE ATTITUDE TO THE HEALTH OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

Elena V. Mazankina

Samara State Medical University

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности отношения к здоровью врачей-ординаторов и психологические факторы, способствующие и препятствующие формированию адекватного отношения. Факторами формирования отношения к здоровью являются личностная тревожность, ипохондричность, эмоциональная лабильность, оптимистичность и самоотношение. На основании полученных данных разработана программа формирования адаптивного отношения к здоровью у студентов медицинского ВУЗа, реализуемая от начала обучения до окончания этапа первичной специализации. Целью внедрения программы должно стать формирование у студентов представлений о здоровом образе жизни, адекватной картины здоровья с осознанием его ценности, эмоционально положительного отношения к здоровью, а также закрепление поведенческих паттернов здоровьесберегающего поведения.

Ключевые слова:

отношение к здоровью, неадаптивные типы отношения, адаптивные типы отношения, здоровьесберегающее поведение, ответственность за здоровье, личностная тревожность, ситуативная тревожность, ипохондричность, эмоциональная лабильность, оптимистичность, самоотношение.

Abstract. This article discusses the peculiarities of the attitude to the health of resident doctors and psychological factors that contribute to and hinder the formation of an adequate attitude. Personal anxiety, hypochondriacal, emotional lability, optimism and self-attitude are factors in the formation of attitudes to health. Based on the data obtained, a program for the formation of an adaptive attitude to health among medical university students has been developed, implemented from the beginning of training to the end of the primary specialization stage. The purpose of the program implementation should be the formation of students' ideas about a healthy lifestyle, an adequate picture of health with awareness of its value, an emotionally positive attitude to health, as well as the consolidation of behavioral patterns of health-saving behavior.

Keywords: attitude to health, maladaptive types of attitudes, adaptive types of attitudes, health-saving behavior, responsibility for health, personal anxiety, situational anxiety, hypochondriacal, emotional lability, optimism, self-attitude.

Введение. Современная система общего и профессионального образования направлена на формирование представлений (знаний) о здоровье, а также стратегий и технологий в области здоровья (умения и навыки), но при этом не достигается такой важный эффект работы, как развитие ценностного отношения к здоровью. Знания о здоровье, а также приобретенные умения и навыки не способны скорректировать здоровьесберегающее поведение на длительное время, если в основе не лежит ценностное отношение.

Согласно данным Е.К. Федорищевой, у студентов медицинских вузов отмечается высокий уровень хронической соматической патологии, который связан с особенностями поведенческих моделей, приобретенных студентами уже в процессе обучения: курение, принятие алкогольных напитков, «энергетиков», психоактивных препаратов, транквилизаторов, анксиолитиков, хронич-

ческое нарушение режима сна и отдыха, беспорядочная половая жизнь, интернет-зависимость, низкая физическая активность [3].

По мнению А.Г. Маджуга и соавторов, отношение к здоровью детерминировано как личностными особенностями каждого, так и общественным влиянием. На формирование отношения к здоровью способны повлиять такие социальные институты, как государство, средства массовой информации, здравоохранения, семья и образовательные институты (школа, университет). Механизмом развития ценностного отношения к здоровью является целенаправленная активная деятельность субъекта по разрешению противоречия между осознанием ценности здоровья и реальным поведением. Как правило, это сложный и долговременный процесс, подразумевающий трансформацию уже сложившегося к этому моменту отношения.

Обсуждение. Исходное отношение к здоровью формируется на основе индивидуальных характеристик (высокая или низкая тревожность, дисциплинированность или низкий самоконтроль, оптимизм или пессимизм, рациональность или эмоциональность), системы потребностей (принятие референтной группой, получение приятных эмоций, профессиональная самореализация), усвоенные нормы (ценности семьи и ближайшего окружения). На этой базе формируется и закрепляется определенное поведение и социальные воздействия должны быть направлены на осознание, эмоциональную сферу, формирование рационального отношения и прекращение обесценивания поступающей информации о здоровье. Новые приобретенные позитивные способы здоровьесберегающего поведения должны закрепиться и стать привычными. Это требует длительного постоянного воздействия и положительного подкрепления [2].

И.П. Бочаровым с целью создания условий, предрасполагающих к ценностно-ориентационной коммуникации и интенсификации формирования в ней эмоционального и поведенческого компонентов отношения к здоровью, целостной установки на здоровье как высшую индивидуальную ценность был разработан социально-психологический тренинг «Я и мое здоровье». В тренинге интериоризация ценности здоровья происходит благодаря его специфическим методам (игра, дискуссия, психотехнические упражнения, метафоры, притчи, упражнения на взаимодействие и пр.). Основная задача тренинга – формирование навыков рефлексии, содействие развитию процессов самопонимания, самоотношения и саморегуляции в сфере здоровья [1].

Целью настоящего исследования стало изучение отношения к здоровью врачей-ординаторов СамГМУ 1 и 2 года, а также психологических факторов, способствующих или препятствующих формированию адекватного отношения и поведенческих стратегий. В исследовании приняли участие 162 врача-ординатора 1 и 2 годов обучения терапевтических и хирургических специальностей, среди которых 135 женщин и 27 мужчин в возрасте 24–40 лет. Методики исследования: методика диагностики установок в отношении здоровья (МДУОЗ – Е.Г. Фильштинская, Е.В. Мазанкина, М.В. Аборина, Е.В. Захарова), опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовская), опросник «Профиль здорового образа жизни» (S.N. Walker), опросник Мини-СМИЛ (Л.Н. Собчик), методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ – Л.И. Вассерман, А.П. Бизюк, Б.В. Иовлев), методика исследования самоотношения (МИС – В.В. Столин, С.Р. Пантилеев). Математический анализ данных осуществлялся при помощи непараметрического статистического критерия ранговой корреляции Спирмена, факторного анализа данных.

Исследование установок в отношении здоровья на выборке врачей-ординаторов представлено в таблице 1.

Таблица 1

Результаты исследования установок в отношении здоровья

Типы установок	Модный	Гармониче-ский	Неустойчи-вый	Фобический	Деструк-тивный	Попуститель-ский	Ригидный
Среднее значение	53,41	85,49	68,65	71,67	29,37	32,71	53,20
Стандартное отклонение	15,77	14,62	14,43	13,09	17,02	12,43	14,63

Результаты. Демонстрируют преобладание гармонического типа установок (85,49) у врачей-ординаторов. Большинство обследуемых имеют обширные структурированные знания о здоровье и способах его сохранения, ведут здоровый образ жизни, несут ответственность за здоровье, правильно питаются, физически активны, уделяют внимание личностному росту, хорошо справляются со стрессом.

На втором по выраженности месте находятся установки фобического типа (71,67), они выражаются в разнообразных страхах, связанных с возможностью заболеть. По своим проявлениям этот тип близок к гармоническому, но положительные эмоции, связанные со здоровьем, выражены в большей степени так же, как негативные с болезнью. Представители фобического типа предпринимают много действий для сохранения здоровья (физическая активность, правильное питание, духовный рост), среди которых как старые и проверенные, так и новые. Здоровье для этого типа является истинной ценностью.

На третьем месте установки неустойчивого типа (68,65). Врачи-ординаторы с преобладанием установок неустойчивого типа не имеют знаний о здоровье, не готовы к поддержанию здоровьесберегающего поведения, не осознают его как ценность, не испытывают по его поводу каких-либо эмоций. В случае ухудшений здоровья планируют вести здоровый образ жизни, но не имеют для этого достаточно воли, оправдывая свою непоследовательность «уважительными» причинами.

Полученные результаты показывают, что хотя большинство врачей-ординаторов имеет гармонические установки в отношении здоровья, но у части из них они связаны с фобиями в отношении болезней или имеют неустойчивый характер, а значит, мотив поддержания своего оптимального физического и психического состояния опирается в большей степени на страх, чем на осознанность и внутреннее принятие ценности здоровья.

В таблице 2 представлены результаты, полученные при проведении опросника «Отношение к здоровью» Р.А. Березовской.

Таблица 2

Результаты, полученные при проведении опросника «Отношение к здоровью»

Шкалы	Когнитивная шкала	Эмоциональная шкала	Поведенческая шкала	Ценностно-мотивационная шкала
Среднее значение	77,84	73,64	56,05	71,55
Стандартное отклонение	10,50	12,18	15,66	8,83

Полученные показатели свидетельствуют о преобладании высокого уровня адекватности в отношении к здоровью по трем шкалам: когнитивной, эмоциональной и ценностно-мотивационной. Средние значения адекватности в отношении здоровья получены по поведенческой шкале. Обследуемые врачи-ординаторы не склонны постоянно придерживаться здоровьесберегающего поведения, хотя знают о том, как это сделать. Их действия идут вразрез с их знаниями и убеждениями, что свидетельствует о недостаточной мотивации самосохранения, как физического, так и психического. Здоровое поведение не перешло на уровень навыков и требует подкрепления на уровне сознательного контроля.

В таблице 3 представлены результаты, полученные при проведении опросника «Профиль здорового образа жизни».

Таблица 3

Результаты, полученные при проведении опросника «Профиль здорового образа жизни»

Шкалы	Ответственность за здоровье (HR)	Физическая активность (PA)	Питание (N)	Внутренний рост (SG)	Межличностные отношения (IR)	Управление стрессом (SM)	Общая шкала
Среднее значение	21,26	16,65	21,46	25,19	28,61	20,35	133,52
Стандартное отклонение	5,63	5,11	5,19	5,66	3,75	4,02	23,20

В структуре профиля здорового образа жизни у врачей-ординаторов наиболее благополучной сферой является сфера межличностных отношений. Обследуемым свойственно стремление к активной социальной жизни, наличие доброжелательных коммуникативных установок, удовлетворение от общения и эмоциональная стабильность. Показатель ответственности за здоровье у большинства врачей-интернов попадает в интервал средней выраженности признака, соответственно, большинству обследуемых свойственно проявлять осознанную заботу о собственном здоровье бессистемно и не во всех сферах жизни. Так, например, они могут стараться придерживаться правильного питания, но забывают о физической активности или режиме дня, или забота о своем благополучии носит волнообразный характер.

Самый низкий показатель в профиле здорового образа жизни врачей-ординаторов – показатель физической активности. Большинство обследованных ведут физически пассивный образ жизни, не занимаются спортом, мало двигаются, ощущают физическое бессилие, что негативно сказывается на всех других сферах жизни.

Результаты методик Мини-СМИЛ, ИТТ и МИС рассматриваются как независимые факторы влияния на формирование отношения к здоровью, поэтому мы не стали приводить их в полном объеме. Достаточно сказать, что результаты исследования черт личности показывают, что большинство обследованных не имеет выраженных отклонений по каким-либо исследуемым параметрам: 37,2 % обследованных врачей-ординаторов имеют высокие показатели по шкале тревожности, т.е. склонны оценивать широкий круг ситуаций как вызывающих беспокойство. 48,6 % обследованных демонстрируют эмоциональную незрелость и отсутствие критики к своему состоянию. Показатели личностной тревожности стремятся к высокому уровню. Наибольшая выраженность приходится на компонент эмоционального дискомфорта, астенический компонент у многих обследованных врачей также превышает средние значения, как и социальные реакции защиты. В структуре ситуативной тревожности можно отметить небольшое превышение показателей эмоционального дискомфорта, тревожной оценки перспектив и социальных реакций защиты. Большинство показателей шкал самооценки попадают в интервал средних, но по шкале самооценки отмечается тенденция к высоким значениям, а по шкалам внутренней конфликтности и самообвинения – к низким.

Показатели отношения к здоровью были прокоррелированы с предполагаемыми факторами влияния. Согласно полученным результатам, импульсивность и ригидность как личностные качества приводят к формированию неадаптивных типов отношения к здоровью, сверхконтроль в плане здоровья и пессимистичность негативно сказываются на отношении к здоровью во всех его компонентах (знаниевом, эмоциональном, поведенческом и ценностном), а оптимистичность – положительно. Отсутствие внутренней конфликтности и чувства вины способствуют формированию адаптивных типов отношения к здоровью, тогда как отсутствие внутренней честности перед самим собой сочетается с неадаптивными типами – деструктивным и попустительским.

В результате факторного анализа выделены следующие факторы отношения к здоровью, описанные ниже.

Фактор 1 – факторы формирования неадаптивных типов отношения к здоровью (деструктивный, попустительский). Компоненты фактора: сверхконтроль (испохондрия) (–0,667), пессимистичность (–0,592), ситуативная тревожность (–0,372), личностная тревожность (–0,321), интроверсия (–0,275), внутренняя честность (–0,268).

Фактор 2 – факторы формирования адаптивных типов отношения к здоровью (модный, ригидный, фобический, гармонический). Компоненты фактора: эмоциональный дискомфорт (0,332), негативная оценка перспектив (0,412), оптимистичность (0,804).

Мы считаем, что формирование адаптивного отношения медицинских работников к здоровью должно начинаться с момента поступления в учебное заведение и продолжаться весь период обучения, считая этап получения первичной специализации. Целью разработанной нами программы является формирование адаптивного отношения к здоровью у медицинских работников во всех его аспектах (понятийном, эмоциональном, мотивационно-ценностном и поведенческом).

Задачи программы:

1. Формирование понятийного компонента отношения к здоровью.
2. Формирование эмоционально положительного восприятия собственного здоровья.
3. Формирование мотивационно-ценностного отношения к здоровью.
4. Коррекция неадекватных типов отношения к здоровью.
5. Закрепление адекватных сохранению здоровья поведенческих паттернов.

В процессе формирования позитивного мотивационно-ценностного отношения к здоровью следует опираться на такие принципы, как принцип системности, адаптивно-динамический принцип, принцип добровольности, личностно-индивидуальный принцип, активно-деятельностный принцип, принцип творческого подхода.

Программа включает три этапа: подготовительный, основной и поддерживающий.

Подготовительный этап рассчитан на привлечение студентов 1 курса к мероприятиям, направленным на поддержание здорового образа жизни, на формирование представлений о нем.

Задачами данного этапа являются следующие:

1. Сформировать представления о физическом и психическом здоровье.
2. Показать роль здоровья в реализации жизненного потенциала.
3. Заложить основы здоровьесберегающего поведения.

Методы реализации указанных задач: лекции, беседы, викторины, олимпиады, проекты, игры, тренинги.

Основной этап программы направлен на студентов 2–5 курсов медицинского вуза. Цель основного этапа – формирование внутренней картины здоровья.

Задачи основного этапа:

1. Приобрести знания о здоровье.
2. Выявить факторы, препятствующие формированию адаптивного отношения к здоровью.
3. Интериоризировать ценности здоровья.
4. Сформировать здоровьесберегающее поведение.
5. Скорректировать неадекватные типы отношения к здоровью

Методы реализации указанных задач: лекции, олимпиады, проекты, просмотр и обсуждение фильмов, игры, тренинги, консультации, спортивные мероприятия, научные исследования, разработка рекомендаций и методических пособий.

Поддерживающий этап рассчитан на студентов выпускных курсов. Цель поддерживающего этапа – закрепление полученных результатов.

Задача поддерживающего этапа – закрепить адекватные сохранению здоровья поведенческие паттерны.

Методы реализации указанных задач: тренинги, консультации, спортивные мероприятия, научные (дипломные) исследования.

Целью внедрения программы должно стать формирование адаптивного отношения к здоровью у медицинских работников во всех его аспектах (понятийном, эмоциональном, мотивационно-ценностном и поведенческом): формирование у студентов представлений о здоровом образе жизни, адекватной картины здоровья с осознанием его ценности, эмоционально положительного отношения к здоровью, а также закрепление поведенческих паттернов здоровьесберегающего поведения.

Конфликт интересов
Не указан

Рецензия
Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest
None declared

Review
All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Бочаров И.П. Социально-психологический тренинг как метод формирования ценностного отношения к здоровью у студентов вуза / И.П. Бочаров // Теоретические и методологические проблемы современного образования. Материалы XVII Международной научно-практической конференции. – М. : Институт стратегических исследований, 2014. – С. 28–31.
2. Маджуга А.Г. Теоретико-методологические основы исследования ценностного отношения к здоровью / А.Г. Маджуга, А.Б. Нурлыбекова, Т.Р. Нурмухамбетова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2006. – Т. 8. – № 10. – С. 475–477.
3. Федорищева Е.К. Факторы влияния на поведенческие стереотипы в отношении здоровья у студентов медицинских специальностей / Е.К. Федорищева, И.А. Гареева, К.В. Косилов // Социальные и гуманитарные знания. – 2020. – Т. 6. – № 3(23). – С. 286–299.

References:

1. Bocharov I.P. Socio-psychological training as a method of forming a value attitude to health among university students / I.P. Bocharov // Theoretical and methodological problems of modern education. Materials of the XVII International Scientific and Practical Conference. – M. : «Institute for Strategic Studies», 2014. – P. 28–31.
2. Majuga A.G. Theoretical and methodological foundations of the study of value attitude to health / A.G. Majuga, A.B. Nurlybekova, T.R. Nurmukhambetova // Health and education in the XXI century. – 2006. – Vol. 8. – № 10. – P. 475–477.
3. Fedorishcheva E.K. Factors of influence on behavioral stereotypes regarding health among students of medical specialties / E.K. Fedorishcheva, I.A. Gareeva, K.V. Kosilov // Social and humanitarian knowledge. – 2020. – Vol. 6. – № 3(23). – P. 286–299.

Информация об авторе

Мазанкина Елена Владимировна
старший преподаватель кафедры
общей и клинической психологии,
Самарский государственный
медицинский университет
e.v.mazankina@samsmu.ru

Elena V. Mazankina
Senior Lecturer of the Department
of General and Clinical Psychology,
Samara State Medical University
e.v.mazankina@samsmu.ru

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ПЕДАГОГА КАК ФАКТОР РИСКА ОТКЛОНЕНИЯ ОТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Руденко А.М., Котлярова В.В., Дмитриенко Н.А.
*Институт сферы обслуживания и предпринимательства (филиал)
Донского государственного Университета, г. Шахты*



EMOTIONAL BURNOUT OF A TEACHER AS A RISK FACTOR FOR DEVIATIONS FROM MENTAL HEALTH

Andrey M. Rudenko, Victoria V. Kotlyarova, Nadezhda A. Dmitrienko
*Institute of Service Sector and Entrepreneurship (branch)
Don State University, Shakhty*

Аннотация. Настоящая статья посвящена проблемам эмоционального выгорания педагогов, которые возникают и усиливаются вследствие трансформации системы образования, стрессов и негативных условий работы. Педагоги представляют собой социально-профессиональную группу, наиболее подверженную синдрому эмоционального выгорания. Факторы эмоционального выгорания – личностные, организационные и сопряженные с профессиональными стрессами – являются также факторами риска для психического здоровья педагогов, ведущими к различным психическим расстройствам и проблемам адаптации.

Ключевые слова:

эмоциональное выгорание, профессиональное выгорание, психическое здоровье, риски психического здоровья, педагогические работники, профессиональный стресс, синдром эмоционального выгорания, жизненное благополучие, профессиональное благополучие.

Abstract.

This article is devoted to the problems of emotional burnout of teachers, which arise and intensify because of the transformation of the education system, stress and negative working conditions. Teachers are a socio-professional group most susceptible to emotional burnout syndrome. Factors of emotional burnout – personal, organizational, and associated with professional stress – are also risk factors for the mental health of teachers, leading to various mental disorders and adaptation problems.

Keywords:

emotional burnout, professional burnout, mental health, mental health risks, teaching staff, professional stress, emotional burnout syndrome, life well-being, professional well-being.

Введение. Проблема формирования профессионального синдрома эмоционального выгорания педагога в образовательной сфере является сегодня вполне изученной, однако при этом не только не утрачивает своей остроты, но все больше актуализируется в условиях трансформации образовательной системы, молниеносных изменений, высокого стрессового фона в профессиональной деятельности, что в совокупности ведет к ухудшению психического здоровья [1].

Кроме того, синдрому выгорания подвергаются профессиональные группы, находящие в постоянной коммуникации, и одной из самых уязвимых групп можно назвать педагогов.

Обсуждение. Синдром эмоционального выгорания изучается в научной литературе с 1974 г., когда Г. Фрейденбергер охарактеризовал эмоциональное выгорание как нарастающее эмоциональное истощение, сопряженное с ощущением собственной бесполезности и состоянием изнеможения, психологического состояния здорового человека в результате работы в социальной сфере [2, с. 60]. И уже к 1982 г. в группу риска, включающую первоначально работников медицинской сферы и благотворительных организаций, добавили педагогов, полицейских, политиков, менеджеров, тюремных работников и юристов [3].

По мнению В.В. Бойко, отечественного пионера в области исследований синдрома эмоционального выгорания педагогов, педагоги наиболее подвержены профессиональной деструкции по причине сложности профессиональных ситуаций; высокой продолжительности стрессов; коммуникативных проблем и отсутствия разрядки для накопленных отрицательных эмоций; повышенной ответственности; а также дестабилизирующей обстановки в организации учебно-педагогического процесса и, как следствие, вероятного фактора прокрастинации (откладывания дел «на потом» в силу многозадачности) [4, 5].

Н.Е. Водопьянова, адаптируя и развивая теории С. Джексона и К. Маслач о трехмерности конструкта эмоционального выгорания – психическом истощении, деперсонализации и редукции собственных достижений [6], выделяет три группы факторов, провоцирующих развитие эмоционального выгорания: профессиональные стрессы, личностные и организационные факторы [7].

Профессиональные стрессы являются рискогенным фактором развития эмоционального выгорания вследствие их перехода в хронический стресс, что приводит к истощению личностных и эмоционально-энергетических ресурсов педагога [6].

Безусловно, все эти факторы, особенно комплексно, способны негативно сказываться на психическом здоровье в целом.

Понятие «психическое здоровье» («mental health») было введено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1979 г. и определено как «состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека» [8].

Каковы же стадии эмоционального выгорания педагога?

Стадии эмоционального выгорания педагога:

- Нулевая стадия – выгорания нет, педагог как профессионал чувствует прилив энергии, с утра полон сил и вдохновения.

- Первая стадия – начинает появляться усталость. Падает уровень энергии, появляется ощущение, «дефицита топлива». При этом еще присутствует психоэмоциональная возможность справляться с ситуациями и капризами подопечных, хотя это требует уже напряжения и дополнительных сил. Педагог пытается уйти в т.н. энергосберегающий режим. Появляется раздражение на отклонение от плана и необходимость побыть в одиночестве, возникает фоновое чувство напряжения, чувство легкой фрустрации. Если не предпринять никаких шагов по восстановлению, то первая стадия быстро переходит во вторую.

- Вторая стадия – начинаются проблемы со сном, становится тяжело уснуть. Появляется ощущение безвыходности и безысходности. На втором уровне очень тяжело вывести себя в психофизический и эмоциональный режим ресурсности. Короткий отдых уже не помогает. В этой стадии требуется задействовать психологическую помощь со стороны.

- Третья стадия – это деформация личности. Включаются все защиты и убираются все ненужные эмоции, как позитивные, так и негативные. Остаются только негативные эмоции: озлобленность, раздражение, виноватыми становятся все вокруг. Может проявляться во всей красе буллинг, грубость, хамство и оскорбления (как в скрытой, так и явной форме). Отключается человечность – фактор сострадания, человечности, эмпатии и доброты. В этой ситуации требуется серьезная помощь психотерапевта.

В целом, психическое здоровье россиян в целом, и педагогического состава, в частности, – довольно острая проблема в настоящее время. Об этом свидетельствуют, в том числе, и данные социологических опросов. Так, например, служба психологической поддержки страхового дома ВСК, реализованной в рамках проекта «Цифровая клиника» [9], собирает статистику о востребованности психологической поддержки среди россиян. Согласно их данным, в январе 2023 г. количество обращений к специалистам психологической сферы выросло на 15 % по сравнению с декабрем 2022 г. [10]. Среди причин на втором месте находятся вопросы профессиональной деятельности – у 29 % обратившихся за помощью выявляется эмоциональное выгорание, основанное на рабочих конфликтах, адаптационных сложностях, многозадачности и срочности выполнения профессиональной деятельности, а также отсутствии саморазвития.

Следующий опрос касался именно профессионального выгорания [11], он был проведен сервисом по поиску работы и сотрудников Superjob.ru с 25 июня по 05 июля 2022 года среди 1600 респондентов в 399 населенных пунктах России. Респондентам был задан вопрос о главных признаках эмоционального выгорания на работе, им было предложено указать не более 3 вариантов ответов. Распределение представлено на рисунке 1.

Более трети (35 %) респондентов назвали потерю интереса к работе и нежелание работать, по 29 % отметили чувство хронической усталости и равнодушие, безразличие, апатию.

Учитывая феминизацию профессиональной педагогической среды [12], представляется важным посмотреть распределение ответов в зависимости от пола респондентов. Данные проиллюстрированы на рисунке 2.



Рисунок 1 – Общее распределение ответов на вопрос:
 «На ваш взгляд, какие три главных симптома свидетельствуют об эмоциональном выгорании на работе?»
 (открытый опрос, у респондентов была возможность указать не более трех вариантов ответа).
 Составлено авторами на основе опроса сервиса Superjob.ru [11].

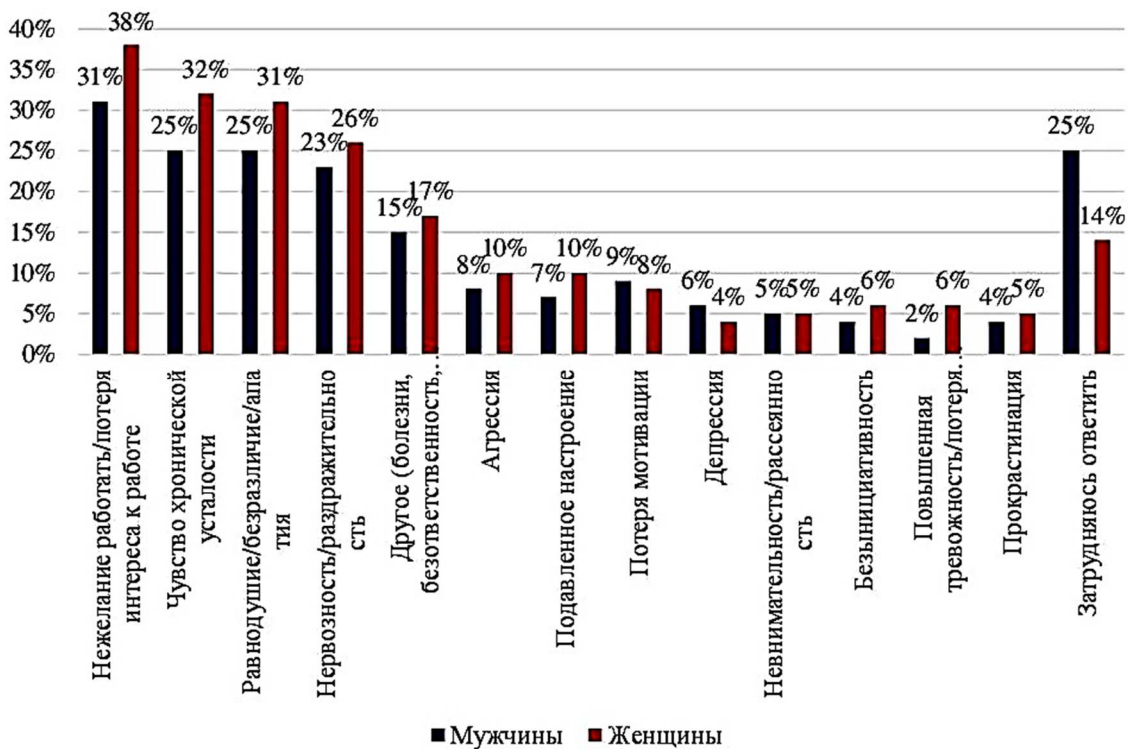


Рисунок 2 – Распределение ответов в зависимости от пола респондентов на вопрос:
 «На ваш взгляд, какие три главных симптома свидетельствуют об эмоциональном выгорании на работе?»
 (открытый опрос, у респондентов была возможность указать не более трех вариантов ответа).
 Составлено авторами на основе опроса сервиса Superjob.ru [11].

Как видно из этих данных, женщины ощущают психологические проблемы острее, а также способны их лучше идентифицировать, чем мужчины, что связано с полинейронностью нервной системы женщин и экспансивными свойствами женской психики, а также большей развитостью психоэмоциональной сферы по сравнению с мужчинами.

Эмоциональное выгорание становится риском «возникновения различных психогенно-обусловленных расстройств, увеличивается риск дезадаптационных процессов», что, так или иначе, отражается на психическом здоровье педагогов [13].

Благополучие педагогических работников зависит и от профессионального благополучия, а также от баланса жизни и труда [14]. Исследователи [14] подчеркивают мнение респондентов о том, что благополучие в одной сфере способствует повышению уровня благополучия в другой. Нарушение баланса жизни и труда приводит к снижению профессионального развития. В этом аспекте рискованными факторами, способствующими эмоциональному выгоранию и, как следствие, ведущими к развитию отклонений от психического здоровья, можно назвать усиление бюрократической и административной нагрузки, формирование (зачастую довольно скоростное) новых требований и стандартов работы, а также необходимость адаптироваться к ним в сжатые сроки, прекаризацию социально-трудовых отношений.

Результаты. Подводя итог, нужно подчеркнуть, что специфика педагогической сферы, основанная на высокой коммуникативной, когнитивной и эмоциональной нагрузке и достаточно разноплановом и многозадачном функционале педагогов, дает «благоприятную» почву для развития синдрома эмоционального выгорания. Данный синдром, как комплекс отрицательных психологических переживаний, негативно влияет на психическое благополучие педагогов, их физическое и психическое здоровье и работоспособность, что создает риски не только для нормальной жизни самих педагогов, но и учащихся, с которыми они взаимодействуют.

Конфликт интересов

Не указан

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest

None declared

Review

All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Жесткова Н.А. Сущность и структура понятия «психологическое здоровье человека» / Н.А. Жесткова // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2018. – Вып. 3.
2. Изард К.Э. Психология эмоций. – СПб., 2010. – 464 с.
3. Шилыева И.Ф. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности / И.Ф. Шилыева, А.Р. Биктагирова // Педагогический журнал Башкортостана. – 2017. – № 1(68). – С. 93–101.
4. Бойко В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении. СПб. : Питер, 2000. – 105 с.
5. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика. – 3-е изд. / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – М. : Юрайт, 2018. – 343 с.
6. Бахтиярова Я.А. Эмоциональное выгорание педагога и его профилактика / Я.А. Бахтиярова, А.С. Крамаренко, А.С. Терещенко // Теория и практика современной науки. – 2019. – № 1(43). URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-pedagoga-i-ego-profilaktika> (дата обращения 23.09.2023).
7. Добыш А.В. Причины эмоционального выгорания педагогов / А.В. Добыш // Образование и воспитание. – 2023. – № 1(42). – С. 45–46.
8. Психическое здоровье: информационный бюллетень ВОЗ от 30 марта 2018 года. – URL : <http://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения 15.09.2023).
9. Страховой дом ВСК: проект «Цифровая клиника». – URL : <https://www.vsk.ru/dms/advantages/digital-clinic>
10. ТАСС: Россияне в начале 2023 года стали чаще обращаться к психологам. – URL : <https://tass.ru/obshchestvo/17244133>
11. Топ-3 симптомов эмоционального выгорания на работе: потеря интереса, усталость и апатия. – URL : <https://www.superjob.ru/research/articles/113561/top-3-simptomov-emocionalnogo-vygoraniya-na-rabote>

12. Гафиатулина Н.Х. Гендерная картина сферы социального здравоохранения в период пандемии / Н.Х. Гафиатулина // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2021. – № 4-1. – С. 63–67.
13. Бартош Т.П. Оценка факторов риска профессионального эмоционального выгорания педагогов разных образовательных учреждений Магаданской области / Т.П. Бартош, О.П. Бартош, М.В. Мычко // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 2. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-faktorov-riska-professionalnogo-emotsionalnogo-vygoraniya-pedagogov-raznyh-obrazovatelnyh-uchrezhdeniy-magadanskoj-oblasti> (дата обращения 24.09.2023).
14. Яковлева Е.А. Теоретические контуры взаимосвязи субъективного и профессионального благополучия в концепции баланса жизни и труда (на примере академической профессии) / Е.А. Яковлева, Ю.В. Филоненко; Отв. ред. А.В. Кулешова; Фонд «Всероссийский центр изучения общественного мнения». // Общество в поисках баланса: Материалы XII международной социологической Грушинской конференции, Москва, 23–27 мая 2022 года. – М., 2022. – С. 211–214.

References:

1. Zhestkova N.A. The essence and structure of the concept of «psychological human health» / N.A. Zhestkova // Bulletin of Perm University. Philosophy. Psychology. Sociology. – 2018. – Iss. 3.
2. Izard K.E. Psychology of emotions. – SPb., 2010. – 464 p.
3. Shilyaeva I.F. Emotional burnout in professional activity / I.F. Shilyaeva, A.R. Biktagirova // Pedagogical Journal of Bashkortostan. – 2017. – № 1(68). – P. 93–101.
4. Boyko V.V. Emotional burnout syndrome in professional communication. SPb. : Peter, 2000. – 105 p.
5. Vodopyanova N.E. Burnout syndrome. Diagnostics and prevention. – 3rd ed. / N.E. Vodopyanova, E.S. Starchenkova. – M. : Yurayt, 2018. – 343 p.
6. Bakhtiyarova Ya.A. Emotional burnout of a teacher and its prevention / Ya.A. Bakhtiyarova, A.S. Kramarenko, A.S. Tereshchenko // Theory and practice of modern science. – 2019. – № 1(43). – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-pedagoga-i-ego-profilaktika> (date of the application 09/23/2023).
7. Dobysh A.V. The causes of emotional burnout of teachers / A.V. Dobysh // Education and upbringing. – 2023. – № 1(42). – P. 45–46.
8. Mental health: WHO newsletter of March 30, 2018. URL : <http://www.who.int/ru/newsroom/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (date of the application 15.09.2023).
9. RIC Insurance House: Digital Clinic project. – URL : <https://www.vsk.ru/dms/advantages/digital-clinic>
10. TASS: Russians at the beginning of 2023 began to turn to psychologists more often. – URL : <https://tass.ru/obschestvo/17244133>
11. Top 3 symptoms of emotional burnout at work: loss of interest, fatigue and apathy. – URL : <https://www.superjob.ru/research/articles/113561/top-3-simptomov-emotsionalnogo-vygoraniya-na-rabote>
12. Gafiatulina N.Kh. Gender picture of the social healthcare sector during the pandemic / N.Kh. Gafiatulina // Humanitarian, socio-economic and social sciences. – 2021. – № 4-1. – P. 63–67.
13. Bartosh T.P. Assessment of risk factors for professional emotional burnout of teachers of various educational institutions of the Magadan region / T.P. Bartosh, O.P. Bartosh, M.V. Mychko // Health risk analysis. – 2018. – № 2. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-faktorov-riska-professionalnogo-emotsionalnogo-vygoraniya-pedagogov-raznyh-obrazovatelnyh-uchrezhdeniy-magadanskoj-oblasti> (date of the application 09/24/2023).
14. Yakovleva E.A. Theoretical contours of the relationship between subjective and professional well-being in the concept of life and work balance (on the example of an academic profession) / E.A. Yakovleva, Yu.V. Filonenko; Ed. by A.V. Kuleshova; Foundation «All-Russian Center for the Study of Public opinions» // Society in search of balance: Materials of the XII International Sociological Grushin Conference, Moscow, May 23–27, 2022. – M., 2022. – P. 211–214.

Информация об авторах

Руденко Андрей Михайлович
 доктор философских наук,
 профессор,
 заведующий кафедрой
 социально-гуманитарные дисциплины,
 Институт сферы обслуживания

Andrey M. Rudenko
 Doctor of Philosophical Science,
 Professor,
 Head of Department
 Social and Humanitarian Disciplines,
 Institute of Service Sector

и предпринимательства (филиал)
Донского государственного
университета, г. Шахты
amrudenko@list.ru

Котлярова Виктория Валентиновна
доктор философских наук,
профессор кафедры
социально-гуманитарные дисциплины,
Институт сферы обслуживания
и предпринимательства (филиал)
Донского государственного
университета, г. Шахты
biktoria66@mail.ru

Дмитриенко Надежда Алексеевна
кандидат педагогических наук,
доцент,
доцент кафедры иностранные языки,
Институт сферы обслуживания
и предпринимательства (филиал)
Донского государственного
университета, г. Шахты
stilist4486@mail.ru

and Entrepreneurship (branch)
Don State University, Shakhty
amrudenko@list.ru

Victoria V. Kotlyarova
Doctor of Philosophical Science,
Professor of the Department
Social and Humanitarian Disciplines,
Institute of Service Sector
and Entrepreneurship (branch)
Don State University, Shakhty
biktoria66@mail.ru

Nadezhda A. Dmitrienko
Candidate of Pedagogical Sciences,
Associate Professor,
Associate Professor of the Department
of Foreign Languages,
Institute of Service Sector
and Entrepreneurship (branch)
Don State University, Shakhty
stilist4486@mail.ru

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Соловьева О.В.¹, Плугина М.И.²
¹Кавказский федеральный университет,
²Ставропольский государственный
медицинский университет Минздрава РФ



Olga V. Solovieva¹, Maria I. Plugina²
¹North Caucasian Federal University,
²Stavropol State Medical University
Ministry of Health of the Russian Federation

RISK AND PREVENTION OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN HIGH SCHOOL TEACHERS

Аннотация. В статье раскрывается проблема риска и угроз возникновения психосоматических расстройств у педагогов – преподавателей высшей школы. Обсуждается высокая степень ответственности и большой объем профессиональных задач, присущих преподавателям в современных условиях развития высшего профессионального образования. Показано, что напряженный характер профессионально-педагогической деятельности и стрессогенности преподавательского труда являются психологическими факторами, обуславливающим возникновение и специфическую динамику психосоматических расстройств и заболеваний у данной категории лиц. Предложены способы профилактики психосоматических расстройств, способствующие укреплению стрессоустойчивости и поддержанию здоровой и активной жизнедеятельности педагогов вуза.

Ключевые слова: психосоматические расстройства и заболевания, психогенный характер заболеваний, стресс, преподаватель системы высшего образования, профилактика психосоматических расстройств.

Abstract. The article reveals the problem of the risk and threat of psychosomatic disorders among teachers – teachers of higher education. The high degree of responsibility and large volume of professional tasks inherent in teachers in modern conditions of development of higher professional education are discussed. It is shown that the intense nature of professional and pedagogical activity and the stressful nature of teaching work are psychological factors that determine the emergence and specific dynamics of psychosomatic disorders and diseases in this category of people. Methods for the prevention of psychosomatic disorders are proposed that help strengthen stress resistance and maintain healthy and active life of university teachers.

Keywords: psychosomatic disorders and diseases, psychogenic nature of diseases, stress, higher education teacher, prevention of psychosomatic disorders.

Введение. Одной из приоритетных ценностей человека является его здоровье во всех его аспектах – и физическом, и психологическом, и социальном, и духовном. Здоровье выступает условием для реализации самых значимых смыслов жизни человека, включая смыслы самореализации в профессиональной деятельности.

В этой связи актуальным направлением и медицины, и психологии является изучение психосоматических расстройств, поскольку в современных условиях жизни все большее число людей сталкиваются с заболеваниями, обусловленными психогенными факторами, и испытывают потребность в соответствующем лечении и поддержке.

Профессиональная деятельность преподавателя вуза является высоко значимой в контексте современного социального взаимодействия. Она направлена на формирование и опти-

мальное использование интеллектуальных ресурсов подрастающего поколения и на развитие основного человеческого капитала [5].

Динамические преобразования и инновационный характер современного образования, диверсификация и усложнение форм и способов организации высшей школы, расширение и углубление ее содержательного контента ставят перед преподавателем новые сложные задачи. В числе приоритетных – быть компетентным, конкурентоспособным, социально активным и продуктивным, обладающим разнообразными способностями и лидерским потенциалом [8].

Эти задачи в сумме со сложностью, многоплановостью, многозадачностью профессиональной деятельности создают высокую степень напряжения и стресса, который выступает своего рода риском психосоматических расстройств у преподавателей высшей школы.

В связи с этим усиливается необходимость изучения проблемы психосоматического здоровья преподавателя не только с точки зрения оптимального использования его профессиональных способностей и компетенций, но и сохранения психологической устойчивости и жизнестойкости.

Обсуждение. Психосоматические расстройства – соматические заболевания, в патогенезе которых существенную роль играют психосоциальные факторы, а именно состояния, при которых физические симптомы вызываются или усугубляются психическими причинами, такими как стресс, тревога, депрессия и другие эмоциональные проблемы [2]. Некоторые из наиболее распространенных психосоматических заболеваний, входящих в классическую «психосоматическую семерку», включают гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, язвенную болезнь желудка, язвенный колит, бронхиальную астму, нейродермит, гипертиреоз, а в современной психосоматической медицине и многие другие [12].

Анализ научно-теоретических исследований, посвящённых психосоматике, показывает, что еще до нашей эры философы древности находили объяснение происхождению телесных болезней за счет исключительно психологических факторов. Термин «психосоматика» был введен в научный оборот немецким психиатром Иоганном Хайнротом в 1818 году, а венский психиатр Ф. Дойч включил это понятие во врачебный лексикон. Спустя почти столетие понятие психосоматика стало активно употребляться в работах психоаналитиков (Ф. Александер, А. Адлер, И. Брейер, Х. Дойч, Х. Данбар, Л. Сонди, З. Фрейд и др.). Согласно психоаналитической теории, соматические расстройства обусловлены состоянием психики, и в частности, болезненными эмоциональными переживаниями, вытесненными в бессознательное с помощью механизмов психологической защиты [3].

В отечественной науке наибольший вклад в это направление внес И.П. Павлов. Современные исследования психосоматики выходят за рамки клинической психологии, соматической медицины и имеют широкую распространённость в создании специализированных психосоматических университетов, клиник для подготовки специалистов – психосоматологов.

На сегодняшний день ведущим подходом к изучению психосоматических расстройств является антропологический. В данном контексте антропология понимается как комплекс научных направлений, которые служат определению морфофункционального, соматопсихического и личностносоциокультурного единства человека, форм его изменчивости и факторов, влияющих на эту изменчивость в норме и патологии [7].

Необходимость пристального и глубокого изучения психосоматических расстройств и заболеваний у преподавателей вуза заключается в том, что они могут оказывать значительное отрицательное влияние на качество жизни, характер и продуктивность профессиональной деятельности.

Кроме этого, преподаватели с психосоматическими заболеваниями испытывают физический дискомфорт и боли, которые ограничивают способность успешно функционировать в профессиональной педагогической среде. Эти заболевания могут также ухудшить психическое состояние человека и привести к возникновению тревожных расстройств и депрессии.

Как видно, психосоматические заболевания имеют большую социально-экономическую нагрузку. Они могут приводить к снижению производительности преподавательской деятельности, частым отсутствиям на работе, длительному лечению и потере учебных часов, что негативно сказывается на всем образовательном и воспитательном процессе в вузе.

Изучение психосоматических заболеваний позволяет разработать стратегии и способы решения, которые помогут обеспечить быстрое и эффективное восстановление преподавателей, снизить социально-экономическую нагрузку. Также изучение психосоматических заболеваний у данной категории лиц способствует целенаправленной разработке программ профилактики и ранней интервенции, реализация которых позволит обучить педагогов приемам, методам

управления своими эмоциями и стрессом, чтобы предотвратить возникновение психосоматических симптомов [1].

В целом, изучение психосоматических заболеваний актуально для улучшения понимания и лечения этих состояний, а также для снижения их негативных последствий на личность и общество в целом. Но самое главное, позволяет находить более эффективные способы предотвращения, диагностики и лечения психосоматических состояний, предотвращать риск их возникновения. При этом важным остается вопрос изучения причин возникновения психосоматических расстройств. Рассмотрим их более подробно.

В числе наиболее общих причин, которые могут привести к возникновению и развитию психосоматических расстройств у преподавателей, называют стресс. Стресс и накопление эмоционального напряжения в результате насыщенного учебного процесса, включающего проведение большого числа занятий, научных исследований, написание публикаций, участие в конференциях, выполнение учебно-методической и воспитательной работы и многое другое могут иметь негативное влияние на физическое и психическое здоровье. Это усугубляется интенсивным расписанием занятий, нестандартными рабочими часами, с учетом вечерних лекций, большим объемом работы за компьютером, что зачастую приводит к нарушению сна и дестабилизации психофизических ресурсов человека [6].

Высокие требования, перманентные нагрузки, недостаток отдыха, дисбаланс в работе и личной жизни приводят к хроническому стрессу, способствующему развитию различных психосоматических симптомов – от частых головных болей, мигреней, тревоги, проблем со сном, до бронхиальной астмы и других сложных заболеваний.

Еще одной причиной психосоматических расстройств у преподавателей вуза являются сильные и непродуктивные эмоции: гнев, страх, тревога. Они вызваны высокими требованиями к процессу и результатам академической производительности, сопровождающимся ощущением постоянного давления, сложными взаимоотношениями с коллегами и студентами, периодически возникающими конфликтами, невозможностью своевременно отреагировать отрицательные чувства и пр.

Практика показывает, если преподаватель не способен эффективно выражать свои эмоции или у него не развиты способности к использованию здоровых стратегий управления эмоциональным стрессом, то это может привести к серьезным психосоматическим заболеваниям.

В числе значимых причин психосоматических расстройств находятся личностные черты. К ним, в первую очередь, относятся: индивидуальная уязвимость, высокая сензитивность, мнительность, степень и характер переживания стресса, укоренившиеся негативные убеждения о здоровье или своей способности справляться с трудностями. И, как показывают исследования, неадаптивные установки и устоявшиеся мыслительные схемы могут способствовать переживаниям, провоцирующим психосоматическую симптоматику. К перечисленным факторам некоторые исследователи добавляют переживания травматических жизненных событий, связанных с потерей близких, родных и друзей, участвующих в специальной военной операции и других драматичных жизненных обстоятельствах [4].

Риск возникновения психосоматических расстройств усиливается и при генетической предрасположенности, наличии негативных событий в раннем детстве, индивидуальных способах совладания со стрессом (копинг-стратегий), низким уровнем жизнеспособности, а также в случае комплексного взаимодействия выше названных факторов.

В этой связи важнейшей задачей является снижение риска возникновения психосоматических расстройств и применение разнообразных способов профилактики, способствующих укреплению стрессоустойчивости и поддержанию здоровой, активной жизнедеятельности педагогов вуза.

Эффективными методами в лечении и профилактике психосоматических заболеваний помимо медикаментозного лечения сегодня рассматриваются: психологическое консультирование, психотерапия и тренинги самопознания и асертивности [10].

В качестве общих рекомендаций, которые могут помочь преподавателям предотвратить психосоматические расстройства, можно назвать те, которые достаточно успешно может использовать каждый человек.

Управление стрессом: преподаватели должны научиться управлять стрессом и находить способы расслабления и отдыха. Регулярные физические упражнения, медитация, йога, глубокое дыхание или другие техники релаксации могут помочь справиться со стрессом.

Рациональное правильное и сбалансированное питание. Оно имеет огромное значение для поддержания физического и психического здоровья. Преподаватели должны следить за своим рационом, употреблять достаточное количество питательных веществ и избегать излишнего потребления кофеина, сахара или алкоголя.

Регулярный отдых. Преподаватели должны обеспечивать себе регулярный отдых и время для восстановления сил. Регулярные выходные и полноценный отпуск помогут снизить психологическое и физическое напряжение [11].

К уже названным выше можно предложить ряд специфических профилактических средств.

Самопомощь и ответственность за себя. Преподаватели могут взять на себя ответственность за свое здоровье и благополучие. Это может включать самостоятельное изучение психологических стратегий и техник, таких как позитивное мышление, установка целей и упражнения по управлению эмоциями.

Взаимодействие и поддержка. Обращение за помощью является одной из эффективных стратегий совладания со стрессом. Важно, чтобы преподаватели обращались за поддержкой не только к коллегам или членам семьи, но и к специалистам психологической службы вуза, чтобы разделить свои чувства и стрессоры работы, а также получить квалифицированную помощь. Также полезно найти группу поддержки или принять участие в тренингах по управлению стрессом и снятию психологических нагрузок.

Использование разнообразных способов выполнения традиционных учебных задач путем применения инновационных и цифровых технологий, участия в творческих проектах, обмена опытом с коллегами и посредством проявления других видов активности, способных обеспечить разнообразие в профессиональной деятельности.

Развитие профессиональной педагогической рефлексии, которая способствует адекватному и осознанному осмыслению себя, своей жизнедеятельности и трансформации ее в предмет практического преобразования. Педагогическая рефлексия, являясь частью профессионального самосознания педагога, составляет основу его профессиональной деятельности, обеспечивая совершенствование учебно-воспитательного процесса и детерминируя устойчивость личности к профессиональному выгоранию [9].

Результаты. Поведенное исследование позволяет сделать вывод о необходимости актуализации проблемы психосоматических расстройств у преподавателей высшей школы, организации профилактической деятельности, направленной на минимизацию факторов риска, вызывающих их проявление и развитие. Постановка и решение, в связи с этим важных социально-психологических задач может обеспечить реальное снижение количества педагогов, имеющих те или иные симптомы психосоматических расстройств, наметить пути и способы разрешения проблем, связанных с психологическими и физическими нагрузками, поддержанием и укреплением физических и психологических состояний преподавателей, способствующих профессиональному долголетию.

Организация и проведение соответствующей работы в совокупности с другими мероприятиями позволит обеспечить более высокий уровень личностно-профессионального развития педагогов, новый качественный уровень эффективности профессионально-педагогической деятельности и ее результатов.

Конфликт интересов

Не указан

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest

None declared

Review

All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Оценка психосоматического здоровья и психосоматических заболеваний профессорско-преподавательского состава вузов / Ш.А. Мамасолиева, Н.А. Мамасолиева, Г.Н. Гаппарова, М.А.К. Абдуллаева // Научный электронный журнал Меридиан. – № 6(40). – 2020. – С. 78–80.
2. Мельник Е.В. Психосоматические заболевания: факторы риска, выявление, профилактика. – Челябинск: Активист, 2016. – 123 с.
3. Натаров В.И. Когнитивная терапия психосоматических заболеваний в практике врачей и психологов / В.И. Натаров; Под общ. ред. акад. РАН Мазурова В.И. // В кн.: Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике. Вып.15. – СПб.: Изд-во «Альта Астра», 2015. – С. 99–108.

4. Никифоров Г.С. Психология профессионального здоровья как актуальное научное направление / Г.С. Никифоров, С.М. Шингаев // Психологический журнал. – 2015. – Т. 36. – № 2. – С. 44–54.
5. Плугина М.И. Предупреждение синдрома эмоционального выгорания у преподавателей высшей школы / М.И. Плугина, Е.В. Елисеева, И.А. Знаменская // КАНТ. – 2018. – № 4(29). – С. 62–66.
6. Плугина М.И. Профессиональное здоровье как фактор успешности деятельности преподавателя / М.И. Плугина // Сборник трудов Международной научно-практической конференции «Психологическое здоровье личности: теория и практика». – Ставрополь : СКФУ, 2022.
7. Слюсарева Е.С. Антропологический подход в профилактике психосоматических расстройств : учебно-метод. пособие / Е.С. Слюсарева, Е.В. Евмененко, Е.Л. Тинькова. – Ставрополь : Изд-во СГПИ, 2011. – 156 с.
8. Соловьева О.В. Лидерские способности как предикторы успешной профессиональной деятельности современного преподавателя вуза / О.В. Соловьева, В.П. Озеров, А.А. Масленников // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. – 2018. – № 6(69). – С. 248–252.
9. Соловьева О.В. Экспериментальное исследование развития рефлексивных умений педагогов как условия профилактики профессионального выгорания / О.В. Соловьева, И.В. Ортман // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – № 2. – С. 34–43.
10. Соловьева О.В. Психологические условия коррекции социальных установок у преподавателей высшей школы: теоретическая модель / О.В. Соловьева, А.И. Покотиллов // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2020. – № 2. – С. 87–92.
11. Первичная профилактика психосоматических заболеваний с помощью системы психологических технологий / И.А. Фурманов, С.Н. Жеребцов, И.В. Сильченко, Э.А. Соколова, Л.И. Селиванова. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2015. – 221 с.
12. Штрахова А.В. Современная психосоматика: методологические проблемы и возможности их преодоления / А.В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. – № 42. – 2009. – С. 86–90.

References:

1. Assessment of psychosomatic health and psychosomatic diseases of university teaching staff / Sh.A. Mamasolieva, N.A. Mamasolieva, G.N. Gapparova, M.A.K. Abdullayeva // Scientific electronic journal Meridian. – № 6(40). – 2020. – P. 78–80.
2. Melnik E.V. Psychosomatic diseases: risk factors, detection, prevention. – Chelyabinsk : Activist, 2016. – 123 p.
3. Natarov V.I. Cognitive therapy of psychosomatic diseases in the practice of doctors and psychologists / V.I. Natarov; Ed. acad. RAS Mazurova V.I. // In: Actual problems of psychosomatics in general medical practice. Issue 15 under the general. – SPb. : Publishing House «Alta Astra», 2015. – P. 99–108.
4. Nikiforov G.S. Psychology of occupational health as an actual scientific direction / G.S. Nikiforov, S.M. Shingaev // Psychological Journal. – 2015. – Vol. 36. – № 2. – P. 44–54.
5. Plugina M.I. Prevention of emotional burnout syndrome among higher school teachers / M.I. Plugina, E.V. Eliseeva, I.A. Znamenskaya // KANT. – № 4(29). – 2018. – P. 62–66.
6. Plugina M.I. Professional health as a success factor of a teacher's activity / M.I. Plugina // Proceedings of the International Scientific and Practical Conference «Psychological health of the individual: theory and practice». – Stavropol : NCFU, 2022.
7. Slyusareva E.S. Anthropological approach in the prevention of psychosomatic disorders: An educational and methodological manual / E.S. Slyusareva, E.V. Evmenenko, E.L. Tinkova. – Stavropol : Publishing house of SSPI, 2011. – 156 p.
8. Solovyova O.V. Leadership abilities as predictors of successful professional activity of a modern university teacher / O.V. Solovyova, V.P. Ozerov, A.A. Maslennikov // Bulletin of the North Caucasus Federal University. – 2018. – № 6(69). – P. 248–252.
9. Solovyova O.V. Experimental study of the development of reflexive skills of teachers as a condition for the prevention of professional burnout / O.V. Solovyova, I.V. Ortman // Psychology. Historical and critical reviews and modern research. – 2020. – № 2. – P. 34–43.
10. Solovyova O.V. Psychological conditions of correction of social attitudes among higher school teachers: a theoretical model / O.V. Solovyova, A.I. Pokotillov // Psychology. Historical and critical reviews and modern research. – 2020. – № 2. – P. 87–92.
11. Primary prevention of psychosomatic diseases using a system of psychological technologies / I.A. Furmanov, S.N. Zherebtsov, I.V. Silchenko, E.A. Sokolova, L.I. Selivanova. – Gomel : F. Skarina State University, 2015. – 221 p.

12. Shtrakhova A.V. Modern psychosomatics: methodological problems and possibilities of overcoming them / A.V. Shtrakhova // Bulletin of SUSU. – 2009. – № 42. – P. 86–90.

Информация об авторах

Соловьева Ольга Владимировна

доктор психологических наук,
профессор,
Кавказский федеральный университет
olga.vl.soloveva@gmail.com

Olga V. Solovieva

Doctor of Psychology,
Professor,
North Caucasian Federal University
olga.vl.soloveva@gmail.com

Плугина Мария Ивановна

доктор психологических наук,
профессор,
заведующая кафедрой философии,
гуманитарных и специальных дисциплин
с курсом дополнительного
профессионального образования,
Ставропольский государственный
медицинский университет Минздрава РФ
mplugina@yandex.ru

Maria I. Plugina

Doctor of Psychology, Professor,
Head of the Department of Philosophy,
Humanities and Special Disciplines With
a Course of Additional Professional Education,
Stavropol State Medical University Ministry
of Health of the Russian Federation
mplugina@yandex.ru

**ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ
К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИЦИНСКИХ
ПСИХОЛОГОВ СРЕДСТВАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН**

Фильштинская Е.Г., Захарова Е.В., Аборина М.В.
Самарский государственный медицинский университет



**FORMATION OF PSYCHOLOGICAL READINESS FOR PROFESSIONAL
ACTIVITY AMONG MEDICAL PSYCHOLOGY STUDENTS
BY MEANS OF PSYCHOLOGICAL DISCIPLINES**

Elena G. Filshtinskaya, Elena V. Zakharova, Marina V. Aborina
Samara State Medical University

Аннотация. В данной статье рассматриваются психологические проблемы студентов-медицинских психологов, препятствующие формированию психологической готовности к будущей профессиональной деятельности. В результате проведенного исследования было выявлено, что более половины студентов второго курса отмечают у себя неадекватное проявление эмоций, более трети демонстрирует высокий уровень негативной эмоциональности, неумение контролировать свои экспрессивные эмоциональные реакции, ригидность эмоциональной сферы и преобладание негативных эмоций над позитивными. Тревожность как устойчивая личностная черта свойственна 70 % обследованных студентов. В структуре личностной тревожности лидирует эмоциональный дискомфорт, проявляющийся преобладанием негативных эмоций над позитивными. В ходе обучения на 1–3 курсах возможность косвенной коррекции психологических проблем студентов-психологов реализуется в процессе преподавания ряда психологических дисциплин, благодаря чему у большинства студентов происходит формирование психологической готовности к выбранной профессии.

Ключевые слова:

психологическая готовность к профессии, тревожность, негативная эмоциональность, эмоциональный дискомфорт, социальная защита, экстравертированность, доброжелательность, открытость опыту.

Abstract.

This article discusses the psychological problems of medical psychology students that hinder the formation of psychological readiness for future professional activity. As a result of the conducted research, it was revealed that more than half of the second-year students note an inadequate manifestation of emotions, more than a third demonstrates a high level of negative emotionality, inability to control their expressive emotional reactions, rigidity of the emotional sphere and the predominance of negative emotions over positive ones. Anxiety as a stable personality trait is characteristic of 70 % of the surveyed students. The structure of personal anxiety is dominated by emotional discomfort, manifested by the predominance of negative emotions over positive ones. In the course of training in 1–3 courses, the possibility of indirect correction of psychological problems of psychology students is realized in the process of teaching a number of psychological disciplines, so that most students develop psychological readiness for their chosen profession.

Keywords:

psychological readiness for the profession, anxiety, negative emotionality, emotional discomfort, social protection, extroversion, benevolence, openness to experience.

Введение. Факультет медицинской психологии Самарского государственного медицинского университета уже более 30 лет, с момента открытия, не испытывает проблем с набором студентов как бюджетной, так и внебюджетной форм обучения. Желающих по-

лучить специальность медицинского психолога всегда очень много, однако практический опыт показывает, что представления абитуриентов о будущей профессии довольно далеки от реальности и идеализированы, а психологические характеристики личности не совпадают с психограммой профессии, требующей эмоциональной зрелости и развитых коммуникативных навыков.

Психологическая готовность студента к будущей профессии выражается в сочетании трех составляющих: наличии мотивационно-целевой структуры, необходимых когнитивных и деятельностных компонентов, а также индивидуально-типологические характеристик человека и мере их соответствия требованиям профессии [2, 116]. Довольно часто бывает так, что в структуре мотивации профессионального выбора на поверхности лежат маскирующие мотивы, тогда как истинные скрыты от самого субъекта или намеренно скрываются им от окружающих.

Тот факт, что многие студенты осознанно или неосознаваемо выбирают профессию психолога, чтобы разобраться в своих проблемах и конфликтах, пытаясь подменить терапию обучением, был давно замечен исследователями. Так, согласно результатам исследования А.А. Шевченко, осознаваемая мотивация профессионального выбора студентов-психологов представлена мотивами помощи другим и себе. Неосознаваемая мотивация выражается в стремлении к безопасным доверительным отношениям, к контролю и осведомленности, к личностному росту и самоактуализации [4, 167]. Подобная мотивация позволяет предположить, что у студентов имеются как осознаваемые, так и неосознаваемые психологические трудности, например, отсутствие навыков установления коммуникации, невротическая потребность в контроле, желание и понимание необходимости изменений.

Исследование: Н.Н. Поплавский и Т.А. Нифонтова в ходе проведенного исследования выявили, что абитуриенты, выбравшие психологические специальности, склонны ожидать от обучения психологии разрешения своих личностных проблем, воспринимая его как часть психотерапии. Уточняющие беседы с абитуриентами показали, что они нуждаются в терапевтической помощи, тренингах социальных навыков и т.д. [1, 323].

Проведя анкетирование студентов-психологов 1–4 курсов, А.А. Тихонова выявила группу причин, связанных с интересом к личности и психической жизни человека, которые, по сути, являются направленным на решение собственных личностных проблем: «научиться общаться», «понимать других людей», «разобраться в себе». На всех курсах студентов, давших такие ответы, насчитывалось 50 % и более [3, 36].

Преподаватели вуза, ведущие занятия у студентов разных специальностей, отмечают, что студенты-психологи демонстрируют меньшее психическое благополучие и большее количество психологических проблем, чем, например, студенты-медики. Так, в группах психологов чаще можно увидеть студентов с пирсингом или разноцветными волосами, чем в группах лечебников, что является попыткой привлечь к себе особое внимание и проявлением инфантильного бунтарства. По мере обучения и роста доверия к сокурсникам и преподавателям подобные отличительные признаки уступают место более зрелым формам самопроявления.

Это ставит перед преподавателями нелегкую задачу – в течение времени, отпущенного на подготовку специалиста социономической профессии, сформировать психологически готовую к профессии личность, в основном опираясь на средства психологических дисциплин, так как за профессиональной психологической помощью обращаются единичные студенты.

Целью настоящего исследования стало изучение психологических проблем студентов 2 курса специальности «медицинская психология», препятствующих эффективному формированию психологической готовности к профессиональной деятельности. В исследовании приняли участие 72 студента-психолога, среди которых 67 девушек и 5 юношей в возрасте 18–20 лет. Методики исследования: опросник «Большая пятерка», методика диагностики помех в установлении эмоциональных контактов, опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности, личностная шкала интегративного теста тревожности. Математический анализ данных осуществлялся при помощи непараметрического статистического критерия ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования методикой «Большая пятерка» представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты исследования методикой «Большая пятерка»

Шкалы	Ср. зн.	Ст. откл.	Доля высоких значений	Доля низких значений
Экстраверсия	54,50	18,65	22 %	7 %
Доброжелательность	67,61	12,89	39 %	–
Добросовестность	57,47	17,85	31 %	7 %
Негативная эмоциональность	59,42	21,27	39 %	14 %
Открытость опыту	72,31	16,62	53 %	–

Результаты показывают, что среди опрошенных студентов преобладают экстраверты, большинство студентов доброжелательны, добросовестны и открыты новому опыту, однако 39 % демонстрируют высокий уровень негативной эмоциональности. Они острее реагируют на негативные ситуации и отличаются высокой эмоциональной чувствительностью.

Результаты методики диагностики помех в установлении эмоциональных контактов представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты методики диагностики помех в установлении эмоциональных контактов

Шкалы	Ср. зн.	Ст. откл.	Доля высоких значений
Шкала эмоциональных проблем в общении	10,42	2,68	84 %
Неумение управлять эмоциями	2,14	0,76	31 %
Неадекватное проявление эмоций	2,75	1,25	59 %
Негибкость, неразвитость эмоций	1,94	1,33	34 %
Доминирование негативных эмоций	1,75	1,18	31 %
Нежелание сближаться с людьми	1,78	1,05	17 %

Согласно полученным данным, подавляющее большинство опрошенных студентов имеет те или иные эмоциональные проблемы в общении. Более половины студентов (59 %) отмечают у себя неадекватное конкретным жизненным ситуациям проявление эмоций. Для трети обследуемых характерно неумение контролировать свои экспрессивные эмоциональные реакции, ригидность эмоциональной сферы и преобладание негативных эмоций над позитивными. Небольшая часть студентов имеет проблемы установления близких отношений с людьми и поэтому старается держаться обособленно.

Результаты опросника дисфункциональных убеждений представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты опросника дисфункциональных убеждений

Шкалы	Ср. зн.	Ст. откл.	Доля высоких значений
Недоверие	7,03	3,71	28 %
Зависимость	3,83	3,48	7 %
Защита	4,08	2,45	3 %

Примерно у трети опрошенных студентов отмечаются высокие показатели недоверия по отношению к другим людям. Часто это является следствием ранее пережитых обманутых ожиданий и разочарований, связанных с общением с другими.

В таблице 4 представлены результаты, полученные при исследовании личностной тревожности.

Таблица 4

Результаты исследования личностной тревожности

Шкалы	Ср. зн.	Ст. откл.	Доля высоких значений
Личностная тревожность	7,00	1,85	70 %
Эмоциональный дискомфорт	7,22	1,51	76 %
Астенический компонент	6,58	2,13	64 %
Фобический компонент	5,78	2,39	42 %
Тревожная оценка перспективы	6,97	1,87	67 %
Социальная защита	4,72	2,78	31 %

Исследование показателей личностной тревожности выявило большое количество студентов с высокими значениями шкал. Тревожность как устойчивая личностная черта свойственна 70 % обследованных студентов. В структуре личностной тревожности лидирует эмоциональный дискомфорт, проявляющийся преобладанием негативных эмоций над позитивными, сниженным эмоциональным фоном, раздражительностью, напряженностью. На втором месте тревожная оценка перспективы, проявляющаяся проекцией страхов на будущее. Астенический

компонент занимает третье место в структуре личностной тревожности, выражаясь в усталости, пассивности, утомляемости, нарушениях сна.

Результаты методик были прокоррелированы между собой. Полученные данные представлены в таблице 5.

Таблица 5

Корреляционные взаимосвязи

Шкалы	Экстраверсия	Доброжелательность	Добросовестность	Негативная эмоциональность	Открытость опыту
Личностная тревожность	-,040	-,018	-,192	,486**	-,133
Эмоциональный дискомфорт	,016	-,004	-,188	,296	-,133
Астенический компонент	-,124	-,086	-,202	,210	-,131
Фобический компонент	-,073	,028	-,016	,383*	-,146
Тревожная оценка перспективы	-,026	-,071	-,121	,373*	,034
Социальная защита	-,226	,017	,093	,417*	-,394*
Шкала эмоциональных проблем в общении	-,291	-,344*	,068	,059	,128
Неумение управлять эмоциями	-,167	,186	,111	,038	,347*
Неадекватное проявление эмоций	,204	-,190	-,032	-,011	,258
Негибкость, неразвитость эмоций	-,504**	-,276	-,194	,392*	-,376*
Доминирование негативных эмоций	-,235	-,190	,322	-,044	,039
Нежелание сближаться с людьми	-,139	-,456**	-,147	,007	-,016
Недоверие	-,299	-,097	-,063	,414*	-,324
Зависимость	-,412*	-,305	-,140	,494**	-,352*
Защита	-,339*	-,404*	-,396*	,389*	-,319

* – взаимосвязи значимы при $p < 0,05$; ** – при $p < 0,01$.

Как можно заметить, экстравертированность личности снижает выраженность таких проблем, как неразвитость эмоций, склонность к формированию зависимости в межличностных отношениях, потребность в социальной защите. Высокая выраженность доброжелательности снижает вероятность развития эмоциональных проблем в общении, страхов в сфере социальных отношений. Добросовестность имеет обратную взаимосвязь с выраженностью стратегии защиты себя от возможных психических травм, связанных с межличностными отношениями. Негативная эмоциональность связана с целым комплексом психологических проблем: высокая личностная тревожность и ее компоненты, ригидность эмоций, выраженное недоверие, склонность к зависимости, потребность в защите от социальных контактов. Открытость опыту парадоксально связана с неумением управлять эмоциями, что может быть вызвано чрезмерной эмоциональной экспрессивностью на фоне положительных эмоций.

Знание личностных черт, выявляемых при помощи методики «Большая пятерка», позволяет предсказывать психологические проблемы, с которыми студент столкнется в ходе межличностных контактов.

В ходе обучения на 1–3 курсах возможность косвенной коррекции психологических проблем студентов-психологов реализуется в процессе преподавания таких дисциплин, как «Методика самостоятельной работы студентов», «Психология общения», «Психология профессионального общения», «Конфликтология», «Тренинг общения». На этих дисциплинах студенты имеют возможность осознать проблемные моменты, понять причины их возникновения, усвоить стратегии поведения в трудных ситуациях и отработать их в диадах и больших группах. Основной целью является обучение студентов, формирование у них профессиональных знаний, уме-

ний и навыков, но другой, незвучиваемой студентам целью, становится психологическая помощь в коррекции дезадаптивных черт личности. Еще одним эффектом этих дисциплин является актуализация в сознании студентов потребности в получении профессиональной психологической помощи, поскольку учебный процесс на факультете психологии не может быть полноценной заменой терапевтической помощи. Для таких студентов в вузе функционирует бесплатная психологическая клиника.

Наблюдение показывает, что большинство студентов, которые демонстрировали проблемное поведение в начале обучения (высокая тревожность, замкнутость, конфликтность, привлечение внимания нестандартным внешним видом, грубость, плаксивость), к окончанию третьего курса преодолевают эти проблемы и демонстрируют психологическую готовность к взаимодействию с пациентами клиник, где проходит их дальнейшее обучение.

Конфликт интересов
Не указан
Рецензия
Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest
None declared
Review
All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Поплавский Н.Н. Трехкомпонентная модель мотивации выбора профессии психолога / Н.Н. Поплавский, Т.А. Нифонтова // Научные труды Республиканского института высшей школы. – 2018. – № 18-2. – С. 319–325.
2. Путивцев П.В. Особенности формирования психологической готовности студентов-психологов к профессиональной деятельности / П.В. Путивцев, А.О. Гриценко // Психология и педагогика: актуальные проблемы теории и практики (ко дню психолога). – М., 2021. – С. 115–120.
3. Тихонова А.А. Особенности выбора студентами профессии психолога: мотивационный аспект (на примере студентов УлГПУ) / А.А. Тихонова // Поволжский педагогический поиск. – 2019. – № 1. – С. 31–38.
4. Шевченко А.А. Мотивация выбора профессии психолога / А.А. Шевченко // Научные и практические тенденции современности: психология, дизайн, философия, экономика, право. – М., 2019. – С. 166–168.

References:

1. Poplavsky N.N. Three-component model of motivation for choosing a profession of a psychologist / N.N. Poplavsky, T.A. Nifontova // Scientific works of the Republican Institute of Higher Education. – 2018. – № 18-2. – P. 319–325.
2. Putivtsev P.V. Features of formation of psychological readiness of psychology students for professional activity / P.V. Putivtsev, A.O. Gritsenko // Psychology and pedagogy: actual problems of theory and practice (by the day of the psychologist). – M., 2021. – P. 115–120.
3. Tikhonova A.A. Features of students' choice of the profession of psychologist: motivational aspect (on the example of students of UISPU) / A.A. Tikhonova // Volga pedagogical search. – 2019. – № 1. – P. 31–38.
4. Shevchenko A.A. Motivation for choosing a profession of a psychologist / A.A. Shevchenko // Scientific and practical trend of modernity: psychology, design, philosophy, economics, law. – M., 2019. – P. 166–168.

Информация об авторах

Фильштинская Елена Геннадьевна
старший преподаватель кафедры
общей и клинической психологии,
Самарский государственный
медицинский университет
e.g.filshtinskaya@samsmu.ru

Elena G. Filshtinskaya
Senior Lecturer of the Department of General
and Clinical Psychology,
Samara State Medical University
e.g.filshtinskaya@samsmu.ru

Захарова Елена Владимировна

доктор психологических наук,
доцент кафедры общей
и клинической психологии,
Самарский государственный
медицинский университет
e.v.zakharova@samsmu.ru

Аборина Марина Владимировна

старший преподаватель кафедры
общей и клинической психологии,
Самарский государственный
медицинский университет
m.v.aborina@samsmu.ru

Elena V. Zakharova

Doctor of Psychological Sciences,
Associate Professor of the Department
of General and Clinical Psychology,
Samara State Medical University
e.v.zakharova@samsmu.ru

Marina V. Aborina

Senior Lecturer of the Department
of General and Clinical Psychology,
Samara State Medical University
m.v.aborina@samsmu.ru

ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ – ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Шовкун В.А., Лутовина О.В.

Ростовский государственный медицинский университет



FUNDAMENTALS OF HEALTHY LIFESTYLE FORMATION IN CHILDREN – THE PEDIATRIC ASPECT

Valeria A. Shovkun, Olga V. Lutovina

Rostov State Medical University

Аннотация. Одним из важнейших слагаемых здоровья ребенка, качества его развития, которому придается сегодня решающее значение, является здоровый образ жизни. Здоровый образ жизни направлен не только на охрану и укрепление здоровья, но и на гармоничное развитие Личности. Одними из самых чувствительных периодов для воспитания Личности являются раннее детство и дошкольный возраст, как решающие для развития интеллектуальных способностей – фактора успешного формирования представлений о здоровом образе жизни, появления у ребенка устойчивой потребности в здоровом образе жизни с представлением о здоровье как о непреходящей жизненной ценности. Одновременно следует развивать у ребенка устойчивый познавательный интерес к сохранению своего здоровья. Полученные ребенком знания и представления о себе, о своем здоровье, безопасности жизнедеятельности помогут ему осознанно выбрать здоровый образ жизни. Необходимо стремиться к тому, чтобы весь уклад жизни ребенка и подростка был наполнен множеством примеров здорового образа жизни. Здоровый образ жизни ребенка – это основа его здоровья и успешности на протяжении всей последующей жизни.

Ключевые слова:

здоровый образ жизни, дети, Личность, мотивация, жизненная ценность, успех, моральное сознание, чувствительный период, аддикции, интеллект, культура здоровья.

Abstract.

One of the most important components of a child's health, the quality of his development, which is given decisive importance today, is a healthy lifestyle. A healthy lifestyle is aimed not only at protecting and strengthening health, but also at the harmonious development of the Individual. One of the most sensitive periods for personality education are early childhood and preschool age, as crucial for the development of intellectual abilities – a factor in the successful formation of ideas about a healthy lifestyle, the emergence of a child's stable need for a healthy lifestyle with the idea of health as an enduring life value. At the same time, it is necessary to develop a child's stable cognitive interest in preserving their health. The child's knowledge and ideas about himself, about his health, life safety will help him consciously choose a healthy lifestyle. It is necessary to strive to ensure that the whole way of life of a child and a teenager is filled with many examples of a healthy lifestyle. A healthy lifestyle of a child is the basis of his health and success throughout the rest of his life.

Keywords:

healthy lifestyle, children, Personality, motivation, life value, success, moral consciousness, sensitive period, addictions, intelligence, health culture.

«Сохраним здоровье детей – сохраним Россию».
А.А. Баранов

Введение. Здоровье человека – одна из глобальных научных проблем в мире, которая с каждым шагом развития цивилизации и общества обостряется. Данные, отра-

женные в статистике здоровья разных поколений граждан России, показывают, что проблема здоровья человека, его сохранения и укрепления, остается крайне острой, требующей серьезного осмысления и решения в XXI веке. Неслучайно задачи здоровье-сбережения россиян решаются сегодня на уровне государственной политики и стратегии развития нашей страны, находят отражение в приоритетных национальных программах [1].

Здоровье детей и подростков является одним из важнейших показателей, определяющих экономический и социальный потенциал страны, а также одной из характеристик национальной безопасности [2].

Вот почему, так важно учить наших детей сохранять и укреплять свое здоровье, заботиться о здоровье окружающих, учить ребенка безопасным для здоровья формам поведения, гармоничному сосуществованию с самим собой и с окружающим миром. Необходимо, начиная с раннего детства, воспитывать у детей активное отношение к своему здоровью, понимание того, что здоровье – самая величайшая жизненная ценность, важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности [3].

Детство – это период интенсивного и целенаправленного развития, процесс и путь формирования физического, интеллектуального, психического, нравственного и социального совершенствования человека. Самое исчерпывающее определение детства дал выдающийся педиатр, ученый с мировым именем, внесший огромный вклад в учение о здоровом ребенке, профессор И.М. Воронцов: «Детство – это ограниченное пространство времени от зачатия до завершения роста и созревания, в котором сосредоточены процессы развития и формирования относительно устойчивых фенотипических свойств, особенностей и функциональных возможностей человека, т.е. всей совокупности соматических, нравственно-психологических и интеллектуальных основ личности, предопределяющих его здоровье, сроки и качество жизни, эффективность выполнения социальной и биологической роли в семье, этническом или общечеловеческом обществе» [4].

Обсуждение. В развитии современного общества все более остро вырисовывается задача углубленного познания детства, и, главное, раскрытие закономерностей развития ребенка, выявление скрытых возможностей этого развития и саморазвития, что особенно сегодня важно. Конечная цель развития ребенка – это оптимальная реализация его генетической программы с формированием зрелого, взрослого человека с самыми высокими возможностями физической и интеллектуальной деятельности, с гарантиями здорового и активного долголетия. Достижение или недостижение высокого уровня здоровья всегда отражает степень реализации генетической программы в процессе оптимального развития. Можно говорить, что медицина будущего – это медицина онтогенеза и самый эффективный путь управления здоровьем. Управление здоровьем – стратегия профилактической медицины XXI века [5].

Основными показателями здоровья детей являются «уровень физического, нервно-психического, интеллектуального развития, функциональная и социальная адаптация, то есть, способность приспосабливаться к меняющимся условиям внешней и внутренней среды организма: сопротивляемость по отношению к болезнетворным и стрессогенным неблагоприятным воздействиям; отсутствие или наличие пограничных состояний и признаков хронических заболеваний» [6].

Одним из важнейших слагаемых здоровья ребенка, качества его развития, которому придается сегодня решающее значение, является *здоровый образ жизни* – система взаимосвязанных между собой видов деятельности и мотивированного поведения, которая соответствует биологическим и социальным потребностям, способствуя благоприятному росту, развитию и формированию здоровья детей и подростков.

Здоровый образ жизни – это мера цивилизованности и человечности, характеризующая как отдельного человека, так и общество в целом. Он складывается из ориентации на здоровье как абсолютную жизненную ценность, на идеалы личности, семьи, нации и природы, из эффективных мер питания, образования, физкультуры и спорта, гигиены тела и духа. Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития различных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций.

Основными составляющими здорового образа жизни детей и подростков, как медико-социального фактора, являются духовно-нравственное воспитание, полноценное питание, оптимальная двигательная активность, закаливание, рациональный режим дня, профилактика вредных привычек, репродуктивное поведение. Следует понимать, что здоровый образ жизни направлен не только на охрану и укрепление здоровья, но и на гармоничное развитие Личности, оптимальное сочетание физических и духовных интересов, возможностей ребенка, подростка, молодого человека, рачительное использование его внутренних резервов, развитие нового уровня мышления, когда «память становится мыслящей, а восприятие думающим» [7].

Таким образом, формирование здорового образа жизни-невозможно без формирования Личности. Ибо только Личность способна усвоить традиционные жизненные ценности, понять, осмыслить внутреннюю картину здоровья, картину современного мира во всей её полноте, усвоить правила и ценности здорового образа жизни. [8] И одной из сторон данного процесса должно явиться формирование культуры здоровья, как части общей культуры человека, которая должна быть привита с раннего детства. Ребенок с высоким уровнем культуры здоровья – это, прежде всего, ребенок, у которого устойчиво сформированы ценности здоровья и человеческой жизни, который мотивирован к сбережению своего здоровья и здоровья окружающих его людей, общества в целом. Это ребенок, который осознает, что здоровье для человека – главное условие достижения им любой жизненной цели, и каждый сам несет ответственность за сохранение и укрепление собственного здоровья, а значит и за Успех. Это – ребенок, который знает свои возможности и верит в собственные силы, имеет представление о себе, ощущает себя субъектом здоровья и здоровой жизни [8].

Для формирования здорового образа жизни у детей огромное значение имеет мотивация. Потребность и мотивация – это направленность активности ребенка, создающее предпосылку деятельности. Потребности самого ребенка, его мотивация являются движущими силами развития личности. Мотивация выполняет несколько функций: побуждает поведение, направляет, организует поведение и придает поведению личностный смысл и значимость. Но особенно важным является то, какой смысл имеет для ребенка та или другая деятельность, и от этого зависит её успешность. В тесной связи с мотивационно-потребностной сферой находятся человеческие эмоции, которые отражают субъективное отношение человека к внешнему миру, окружающим людям, самому себе, собственной деятельности и её результатам. Тесная связь эмоций с потребностями определяют необходимость учета возрастных особенностей эмоциональной сферы ребенка, его выраженную эмоциональность в процессе воспитания. Воспитание способно существенно влиять на биологические, врожденные потребности, изменять степень и формы их проявлений. Ещё более велика роль воспитания в формировании социально обусловленных, в том числе познавательных, потребностей. Расширение сферы потребностей с помощью повышенной эмоциональной активации ребенка будет способствовать расширению диапазона внешних воздействий, привлекающих его внимание, и тем самым приведет к совершенствованию познавательных процессов и целенаправленной деятельности ребенка, что очень важно для формирования мотивации ребенка к здоровому образу жизни. При этом важно понимать, что у детей уже с первых месяцев жизни очень велика потребность в новизне, удовлетворение которой вызывает положительные эмоции, и те, в свою очередь, запоминаются. С возрастом, по мере созревания коры больших полушарий и усиления её влияний на нижележащие подкорковые структуры, возрастает сдержанность эмоциональных проявлений. Поэтому развитие мотивационно-потребностной сферы сформированием мотивации к здоровому образу жизни должно начинаться с момента рождения ребенка на фоне бурного развития эмоциональной сферы для того, чтобы у взрослого человека уже выработалось позитивное мотивационно-деятельное отношение к своему собственному здоровью [9].

При формировании здорового образа жизни необходимо учитывать этапы становления морального сознания:

1. Доморальный уровень (до 3-х лет) – ребенок выполняет все установленные правила, исходя из эгоистических соображений: плохое наказывается, хорошее – поощряется.

2. Конвенциональная мораль («соглашательская») – от 3-х до 11–12-ти лет – потребность в одобрении со стороны значимых лиц (родители, учителя, герои). С 6–7 лет – у ребенка начинает постепенно формироваться собственная система ценностей.

3. Автономная мораль – ориентация на внутреннюю (автономную) систему принципов (после 12-ти лет – с развитием абстрактного мышления).

Воспитание здорового образа жизни невозможно без успешного интеллектуального, эмоционального и социального развития личности ребенка.

В формировании здорового образа жизни надо ориентироваться на индивидуальные возможности ребенка, не преподносить ребенку готовые истины, а учить находить их, проявлять сотрудничество на фоне доверия и требовательности к ребенку. В воспитании здорового образа жизни важно учитывать чувствительные периоды развития ребенка. Доказано, что одними из самых чувствительных периодов для воспитания личности являются раннее детство и дошкольный возраст. Эти периоды детства считаются решающими и для развития интеллектуальных способностей личности, что является одним из факторов успешного формирования представлений о здоровом образе жизни и важнейшей предпосылкой формирования у ребенка позиции созидателя по отношению к своему здоровью является наличие у него устойчивой потребности в здоровом образе жизни.

У детей дошкольного возраста активно развиваются психические процессы, растет самооценка, чувство личной ответственности, дети способны выполнять несложные бытовые поручения, овладевают умениями и навыками самообслуживания, личной гигиены, сами прилагают значительные волевые усилия для достижения поставленной цели в игре, в проявлении физической активности, что является крайне важным для формирования навыков ведения здорового образа жизни [10]. К концу дошкольного возраста у ребенка впервые формируется «внутренняя позиция» – целостное отношение ребенка к окружающей действительности и к самому себе. У ребенка к этому возрасту появляется осознание своего социального «Я» и, одновременно, мотивационная готовность. Если ранее сложившиеся виды детской деятельности были направлены на преобразование мира вокруг себя, то теперь перед ребенком стоит самая сложная для него задача – изменить к лучшему самого себя. Важно, что в этом периоде детства происходит развитие произвольности поведения. Сначала этот процесс идет под влиянием указаний и контроля взрослых, а затем ребенок начинает самостоятельно управлять собственным поведением, подчиняя его решению какой-либо задачи или достижению поставленной цели. Дети 4–5 лет начинают вполне осознанно соотносить свое поведение с поведением товарищей. Старшие дошкольники осознанно выделяют сами правила поведения, начинают влиять на поведение друг друга. В старшем дошкольном возрасте дети сознательно ставят себе цели: запомнить, увидеть, услышать, понять, и прилагают к этому усилия, осваивая управление своим восприятием, памятью, мышлением. Таким образом, *дошкольный* период детства, в котором происходит осознание ребенком себя как человека и личности, является наиболее благоприятным для формирования осознанного отношения ребенка к своему здоровью, устойчивых представлений о здоровом образе жизни, а главное, для формирования насущной потребности ребенка в здоровом образе жизни, а в будущем – активного гармоничного стиля жизни [11].

Очень важным, на сегодняшний день, является формирование у детей раннего и дошкольного возраста мотивов, понятий, убеждений в необходимости сохранения и укрепления собственного здоровья с помощью приобщения к здоровому образу жизни, а именно:

- дать детям общее представление о здоровье как о непреходящей жизненной ценности, о внешних и внутренних особенностях строения тела человека, о состоянии собственного организма, научить «слушать» и «слышать» свой организм, беречь свое здоровье и заботиться о нём;
- помочь детям в формировании основ здорового образа жизни: рационального режима дня, здорового питания, культурно-гигиенических умений, навыков самообслуживания, систематических занятий физкультурой; в понимании полезных и вредных привычек;
- познакомить детей с травмирующими ситуациями, ознакомить с правилами поведения на улице, в быту, научить ребенка обращаться с опасными для здоровья веществами;
- формировать правильное поведение ребенка в процессе выполнения всех видов деятельности (правила безопасного поведения в играх, умение пользоваться бытовыми предметами, электроприборами, одеваться соответственно погоде, проявлять осторожность при общении с незнакомыми людьми, животными, сборе незнакомых трав, грибов, ягод, соблюдать правила дорожного движения, культурно вести себя в общественных местах в соответствии с обстоятельствами и традиционными правилами и нормами поведения т.д.);
- развивать умение предвидеть возможные опасные для жизни последствия своих поступков для себя и своих сверстников;
- воспитывать уважение к жизни другого человека, умение сочувствовать, сопереживать чужой боли, дать представления о правилах ухода за больным (заботиться, не шуметь, выполнять просьбы и поручения);
- формировать потребность в физическом и нравственном самосовершенствовании, в здоровом образе жизни;
- помочь осознать самоценность своей и ценность жизни другого человека;
- заинтересовать ребенка, создать у него положительные эмоции при освоении знаний о здоровом образе жизни, дать ему почувствовать удовольствие от методов оздоровления, при этом использовать положительные примеры из окружающего мира, личный положительный пример родителей [12].

Другими словами, необходимо развить у ребенка устойчивый познавательный интерес к сохранению своего здоровья – «воспитание через интерес» и параллельно формировать положительные качества личности ребенка – мотивы укрепления здоровья. Полученные ребенком знания и представления о себе, своем здоровье, физической культуре, безопасности жизнедеятельности позволяют ему найти способы сохранения здоровья, а приобретенные навыки помогут осознанно выбрать здоровый образ жизни. По мере накопления ребенком знаний о здоровье, здоровом образе жизни и накоплении личного опыта, меняется характер взаимодействия его с

окружающим миром, возрастает активность жизненной позиции ребёнка в ведении им здорового образа жизни, что в дальнейшем станет нормой поведения и поможет уже во взрослой жизни реализовать свой творческий потенциал, заложенный в его генетической программе.

Необходимо стремиться к тому, чтобы весь уклад жизни ребенка и подростка был наполнен множеством примеров здорового образа жизни. Пример – это персонифицированная ценность. Один из самых важных компонентов в формировании здорового образа жизни детей и подростков – положительный пример, прежде всего, родителей, ведущих здоровый образ жизни [13].

Для профилактики зависимых состояний у детей и подростков очень важно и необходимо не препятствовать, когда дети начинают пробовать своё участие во множестве различных кружков и секций по интересам, не задерживаясь надолго ни в одном из них. Это надо воспринимать спокойно. Таким образом, дети примеряют на себя различные виды деятельности, набираются опыта получения удовлетворения от творчества или самореализации. Чем больше подобного опыта получит ребенок и подросток, тем меньше риск, что он будет искать суррогатное удовольствие в психоактивных веществах и аддикциях.

И ещё одно обстоятельство надо учитывать: в школе, примерно с 9–10 лет, формируется групповое поведение ребенка. Оно формируется по разным принципам – двор, интересы, музыка, спорт и т.п. Рано или поздно в группу может случайно попасть психоактивное вещество. И если подросток стремится «быть как все», если статус в группе для него выше всего остального в жизни, он обязательно не устоит. Поэтому нельзя держать ребенка и подростка в информационном вакууме – он заполнит его из других источников. И не факт, что они будут достоверными и адекватными. Начинать надо рано, еще в дошкольном возрасте, который является самым сенситивным, привлекать ребенка к проблеме вредных привычек; надо научить детей отказываться от подобных предложений и соблазнов («нет, не хочу», «спасибо, не стану!», «мне это не доставляет удовольствия» и др.).

Еще одной из современных проблем стали интернет-зависимость, чрезмерное увлечение детьми компьютерными играми. Компьютер – это наше настоящее и будущее. Вместе с тем, очень часто наши дети в своем увлечении компьютером начинают отвергать реальный мир, где им может быть грозят негативные оценки и есть необходимость что-то менять в себе. Однако следует понимать, что компьютер – не волшебная палочка, которая за один час игры сделает ребенка умным и всесторонне развитым.

Интеллект – это способность мышления, рационального познания, прежде всего, готовность к творческой деятельности, это способность разумно действовать и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами. И здесь проблема состоит в следующем. Бесспорно, компьютер расширяет круг информации во всемирном масштабе, расширяет кругозор, но, увы, не создает условий для развития логического мышления и творческого начала. Высшей ценностью для личности, увлеченной компьютером, становится информация, а не творчество, а это опасно: такой подход может изменить сознание, способен вытеснить традиционную культуру, сформировать новый тип личности, лишенной эмоциональности, человечности – биоробота. Неограниченное использование компьютера ослабляет воображение, сковывает инициативу, самостоятельность, искажает мышление, формирует однобокость в развитии – робопатию.

И ещё одна проблема, длительное времяпрепровождение у телевизора, которое является для ребенка не отдыхом и не развлечением, а дополнительной психоэмоциональной нагрузкой на нервную систему, органы зрения и опорно-двигательный аппарат, и проходит оно, как правило, за счет более целесообразной деятельности – переключения на физические упражнения, прогулки, игры.

Таким образом, ребенок в силу своего возраста и отсутствия жизненного опыта не имеет ярко выраженной мотивации быть здоровым, так как у него ещё не сложилась иерархия жизненно важных традиционных ценностей. Поэтому ребенка надо учить быть здоровым через формирование здорового образа жизни, как учат истории, физике, химии, математике, и выработать у него устойчивое, непреходящее желание быть всегда здоровым. Правильный режим жизни и воспитание в области культуры здоровья должно формировать у ребёнка и основы безопасности его жизнедеятельности. Дети должны учиться не совершать поступков, опасных для своей жизни и здоровья, а также для жизни окружающих. Для этого важно, чтобы ребёнок усвоил моральные и этические нормы отношений между людьми: надо развивать его коммуникативные навыки, дух сотрудничества и коллективизма, учить искренне дружить с другими детьми, делиться с ними успехи и неудачи, общаться и взаимодействовать в группе, контролировать своё поведение, сознательно им управлять, быть смелым и уверенным в себе в различных жизненных ситуациях. Здоровый образ жизни предполагает воспитание у детей активной жизненной позиции в отношении не только собственного здоровья, но и окружающего мира. [14]

Формула формирования здорового образа жизни у детей следующая:

- приобретение знаний о здоровом образе жизни;
- формирование мотивации – «я хочу быть здоровым»;
- осознанное поведение – «я делаю все, чтобы быть здоровым».

Результат. Поэтому в работе с детьми по формированию здорового образа жизни важно помнить слова великого русского режиссера К.С. Станиславского, сказанные в отношении профессии актера: «трудное надо сделать привычным, а привычное – легким и приятным». Так и в работе с детьми.

Таким образом, с ранних лет должна формироваться определенная культура поведения ребенка и соответствующий здоровый стиль жизни. Знания, умения и навыки здорового образа жизни, заложенные в детском возрасте, должны стать прочным фундаментом для создания положительной мотивации человека к охране собственного здоровья уже во взрослой жизни.

Образ жизни ребенка – это основа его здоровья на протяжении всей последующей жизни. Надо помнить всегда, что неправильно заложенная основа может привести к повреждению всей конструкции «здания здоровья», даже, если все остальные её элементы будут заложены, верно.

Здоровый образ жизни – это залог будущей счастливой жизни, которая обязательно приведёт повзрослевшего подростка к успеху во взрослой жизни, к реализации своего генетического потенциала.

Конфликт интересов

Не указан

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest

None declared

Review

All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Основы социологии. Постановочные материалы учебного курса. Внутренний Предиктор СССР. – Ч. 4: Человечность и путь к ней. – М. : Концептуал, 2021. – Т. V. – С. 473–490.
2. Состояние здоровья детей современной России. Серия «Социальная педиатрия» / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая. – М. : ПедиатрЪ, 2018. – 253 с.
3. Баранов А.А. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Казанский медицинский журнал. – 2018. – Т. 99. – № 4.
4. Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. – 3-е изд., доп. и перераб. / И.М. Воронцов, А.В. Мазурин. – СПб., 2009. – 1008 с.
5. Воронцов И.М. Здоровье детей, пути его обретения и утраты / И.М. Воронцов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2005. – № 3. – С. 60–65.
6. Вельтищев Ю.Е. Состояние здоровья и общая стратегия профилактики болезней. – М. : Моск. НИИ педиатрии и дет. хирургии, 1994. – 66 с.
7. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М. : Педагогика, 1989. – 560 с.
8. Шовкун В.А. Основы формирования здорового образа жизни у детей. – Ростов-н/Д. : Изд-во РостГМУ, 2021. – 251 с.
9. Бехтерев В.М. Проблемы развития и воспитания человека. Избранные психологические труды. – Воронеж : Изд. дом Российской академии образования, 2010. – 415 с.
10. Выготский Л.С. Проблемы развития психики «Онис» – 2012. – Т. 3. – 368 с.
11. Морозова О.В. Формирование культуры здорового образа жизни у детей 5–6 лет / О.В. Морозова // Гуманитарные исследования. – 2014. – № 3. – С. 131–137.
12. Афанасьева В.Н. Воспитание основ здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста на физкультурных досугах / В.Н. Афанасьева, М.К. Иванова // Международный студенческий научный вестник. – 2023. – № 2.
13. Лесгафт П.Ф. Воспитание ребенка. – М. : Книжный Клуб Книговек; СПб. : Северо-Запад, 2012. – 416 с.
14. Базарный В.Ф. Дитя человеческое. Психофизиология развития и регресса. – М. : Концептуал, 2022. – 400 с.

References:

1. Fundamentals of sociology. Staged materials of the training course. Internal Predictor of the USSR. – Part 4: Humanity and the way to it. – М. : Conceptual, 2021. – Vol. V. – P. 473–490.
2. The state of children's health in modern Russia. Series «Social Pediatrics» / A.A. Baranov, L.S. Namazova-Baranova, V.Yu. Albitsky, R.N. Terletskaia. – М. : Pediatrician, 2018. – 253 p.
3. Baranov A.A. The state of children's health in Russia, priorities for its preservation and strengthening / A.A. Baranov, V.Yu. Albitsky // Kazan Medical Journal. – 2018. – Vol. 99. – № 4.
4. Vorontsov I.M. Propaedeutics of children's diseases. – 3rd ed., supplement and revision / I.M. Vorontsov, A.V. Mazurin. – SPb., 2009. – 1008 p.
5. Vorontsov I.M. Children's health, ways of its acquisition and loss / I.M. Vorontsov // New St. Petersburg medical records. – 2005. – № 3. – P. 60–65.
6. Veltischev Yu.E. The state of health and the general strategy of disease prevention. – М. : Moscow. Research Institute of Pediatrics and Children. surgery, 1994. – 66 p.
7. Elkonin D.B. Selected psychological works. – М. : Pedagogy, 1989. – 560 p.
8. Shovkun V.A. Fundamentals of healthy lifestyle formation in children. – Rostov-on/D. : Publishing house of RostSMU, 2021. – 251 p.
9. Bekhterev V.M. Problems of human development and upbringing. Selected psychological works. – Voronezh : Publishing House of the Russian Academy of Education, 2010. – 415 p.
10. Vygotsky L.S. Problems of mental development «Onis». – 2012. – Vol. 3. – 368 p.
11. Morozova O.V. Formation of a healthy lifestyle culture in children aged 5–6 years / O.V. Morozova // Humanities Research. – 2014. – № 3. – P. 131–137.
12. Afanasyeva V.N. Education of the basics of a healthy lifestyle in older preschool children at physical leisure / V.N. Afanasyeva, M.K. Ivanova // International Student Scientific Bulletin. – 2023. – № 2.
13. Lesgaft P.F. Upbringing of a child. – М. : Knigovek Book Club; SPb. : North-West, 2012. – 416 p.
14. Bazarny V.F. The human child. Psychophysiology of development and regression. – М. : Conceptual, 2022. – 400 p.

Информация об авторах

Шовкун Валерия Анатольевна

кандидат медицинских наук,
доцент,
заведующая кафедрой
пропедевтики детских болезней,
Ростовский государственный
медицинский университет
shovkunv@mail.ru

Лутовина Ольга Васильевна

кандидат медицинских наук,
доцент,
доцент кафедры
пропедевтики детских болезней,
Ростовский государственный
медицинский университет
lutovina76@mail.ru

Valeria A. Shovkun

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Head of the Department
of Propedeutics of Childhood Diseases,
Rostov State Medical University
shovkunv@mail.ru

Olga V. Lutovina

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Associate Professor Department
of Propedeutics of Childhood Diseases,
Rostov State Medical University
lutovina76@mail.ru

**К ПРОБЛЕМЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ВРАЧА
НА ЭТАПАХ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ
(НА ПРИМЕРЕ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА)¹**

Ясько Б.А.¹, Тедорадзе Д.Д.²

*¹Кубанский государственный университет;
Кубанский государственный медицинский университет,
²Кубанский государственный университет*



**TO THE PROBLEM OF STRESS RESISTANCE
OF A DOCTOR AT THE STAGES OF LIFE
(ON THE EXAMPLE OF THE PERSONALITY OF A PEDIATRICIAN)**

Bela A. Yasko, Diana D. Tedoradze

*¹Kuban State University; Kuban State Medical University,
²Kuban State University*

Аннотация. Статья посвящена анализу стрессоустойчивости врача-педиатра в разные возрастные периоды. С применением Бостонского теста установлено, что в целом стрессоустойчивость у 86,9 % выборки представлена двумя уровнями: слабым (76 чел. / 55,5 %) и нормальным (43 чел.; 31,4 %). В подгруппах, дифференцированных по возрастам, достоверно преобладают показатели нормальный и высокий уровень устойчивости к стрессу в среде молодых врачей. Делается вывод о необходимости исследования субъектно-деятельностных предикторов снижения стрессоустойчивости, связанного с возрастом врачей-педиатров, а также установления, в какой мере это явление имеет распространенность в профессиональной популяции врачей в целом.

Ключевые слова:

психологическая адаптация, биогенные угрозы, врач-педиатр, стрессоустойчивость, психологический стресс, психосоциальная уязвимость, жизнестойкость

Abstract.

The article is devoted to the analysis of stress resistance of a pediatrician in different age periods. Using the Boston test, it was found that, in general, stress resistance in 86.9 % of the sample is represented by two levels: weak (76 people / 55.5 %) and normal (43 people; 31.4 %). In the age-differentiated subgroups, the indicators of normal and high levels of stress resistance among young doctors significantly prevail. It is concluded that it is necessary to study the subject-activity predictors of stress reduction associated with the age of pediatricians, as well as to establish to what extent this phenomenon is widespread in the professional population of doctors as a whole.

Keywords:

psychological adaptation, biogenic threats, pediatrician, stress tolerance, psychological stress, psychosocial vulnerability, resilience

Введение. Профессиональная деятельность врача по совокупности решаемых задач нередко обуславливает переживание повышенного психоэмоционального напряжения, снижения адаптационных ресурсов и уровня стрессоустойчивости врача как субъекта деятельности. В условиях техногенных, биогенных угроз стрессогенность растет, что требует активизации психофизиологических резервов личности для полноценного выполнения профессиональных обязанностей.

Стрессоустойчивость является важной характеристикой целостного процесса адаптации, базовой способностью в преодолении психологического стресса [2]. В науках о человеке стрес-

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке Кубанского научного фонда в рамках научно-инновационного проекта № НИП-20.1/22.36.

соустойчивость рассматривается с различных аспектов: как индивидуальные особенности адаптации и устойчивости к эмоциональным стрессам [9]; как способность активно противостоять невротизирующим факторам [4]; как стресс-толерантность [14]. Предикторами «расшатывания» стрессоустойчивости определяют некоторые качества личности, в том числе – психосоциальную уязвимость (psychosocial vulnerability) [13], дефензивность, слабоволие, «застревание» на негативных эмоциях [3] и др.

В публикациях отечественных психологов проблема специфики переживания стресса и стрессоустойчивости в условиях биогенных угроз рассматривается в контексте смысложизненных ориентаций [5, 8], совладающего поведения [7]; ресурсов жизнестойкости врачей «красных» зон [12]. Однако стрессоустойчивость врача-педиатра в преодолении психологического стресса остается малоизученным аспектом названной проблемы, что определило предмет нашего исследования.

На примере личности врача-педиатра проверялась гипотеза: стрессоустойчивость является психологическим качеством, претерпевающим изменения в полюсах «высокая – слабая» в разные возрастные периоды.

Обсуждение. Для проверки гипотезы была сформирована группа врачей-педиатров (137 человек) различных лечебно-профилактических учреждений г. Краснодара. Выборка дифференцирована в трех подгруппах по возрасту: n_1 (22–25 лет; 36 чел. / 26,3 %); n_2 (26–28 лет; 61 чел. / 44,5 %); n_3 (28–45 лет; 40 чел. / 29,2 %).

Психодиагностика поведена с применением Бостонского теста на стрессоустойчивость [10], позволяющего определить уязвимость индивида к стрессу. При анализе и интерпретации результатов определяются уровни стрессоустойчивости: высокая (0–10 баллов); нормальная (11–30 баллов); слабая (31–50 баллов); очень слабая (более 50 баллов).

В процессе анализа результатов применены методы параметрической (M; SD; t-критерий Стьюдента) и непараметрической (χ^2 -критерий Фишера) статистики.

Результаты. Стрессоустойчивость врачей-педиатров в среднегрупповом показателе составила $29,3 \pm 12,70$ баллов, что соответствует диапазону нормального уровня. В долях выраженности видим, что 86,9 % выборки представлены двумя уровнями стрессоустойчивости: слабым (76 чел. / 55,5 %) и нормальным (43 чел.; 31,4 %). Полярные уровни (высокий и очень слабый) имеют 9,5 % (13 чел.) и 3,6 % (5 чел.) соответственно (рис. 1).

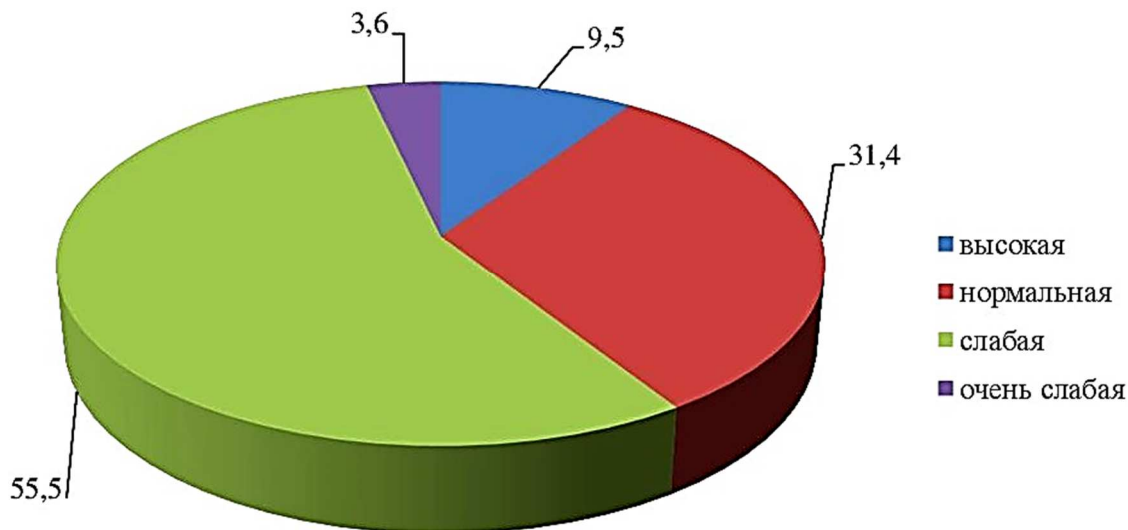


Рисунок 1 – Доли (%) представленности основных уровней стрессоустойчивости в группе врачей-педиатров

Из этого наблюдения следует, что стрессоустойчивость как важная характеристика целостного процесса адаптации у врачей педиатрического профиля лабильна и может подвергаться ослаблению под массивным воздействием стрессоров разной этиологии.

Сравнение исследуемых показателей в подгруппах, дифференцированных по возрасту (n_1 , n_2 , n_3) обнаруживает ряд статистически значимых различий как в параметрических данных, так и в долях выраженности уровней (табл. 1, рис. 2).

Показатели стрессоустойчивости врачей-педиатров

Группы	M ± σ	Уровни стрессоустойчивости (чел./ % от n)			
		высокий	нормальный	слабый	очень слабый
n ₁ (36 чел.)	24,3 ± 11,78	7 / 19,4	18 / 50,0	10 / 27,8	1 / 2,8
n ₂ (61 чел.)	30,69 ± 12,91	3 / 4,9	17 / 27,9	38 / 62,3	3 / 4,9
n ₃ (40 чел.)	32,43 ± 1,93	3 / 7,5	7 / 17,5	29 / 72,5	1 / 2,5
в целом	29,3 ± 12,70	13 / 9,5	42 / 30,7	77 / 56,2	5 / 3,6
сравнения	t; p	φ*; p			
n ₁ ↔ n ₂	t = 1,94 p < 0,05	n ₁ ↔ (n ₂ + n ₃) φ* = 2,17 p ≤ 0,015	φ* = 5,18 p ≤ 0,001	φ* = 8,01 p ≤ 0,05	показатели несравнимы ограничением применения φ* критерия –
n ₁ ↔ n ₃	t = 2,19; p < 0,05		φ* = 6,70 p ≤ 0,001	φ* = 8,18 p ≤ 0,05	
n ₂ ↔ n ₃	t = 0,55 p > 0,05		φ* = 3,02 p ≤ 0,01	φ* = 2,64 p ≤ 0,05	

Среднегрупповые показатели в выборках n₂ и n₃ превышают 30 баллов, то есть выходят в диапазон значений, индексирующих слабую стрессоустойчивость, в то время как в группе молодых врачей (n₁) среднее значение находится в диапазоне показателей «нормальная стрессоустойчивость» (M = 24,3). Статистический анализ указывает на значимость различий средних значений измерений в подгруппах (n₁ ↔ n₂ p < 0,05 при t = 1,94; n₁ ↔ n₃ p < 0,05 при t = 2,19).

Достоверно преобладают показатели «нормальная стрессоустойчивость» и при сравнении долей выраженности этого критерия в подгруппах. В среде молодых врачей доля респондентов с показателями от 11 до 30 баллов превышает таковые в группах педиатров среднего и старшего возрастов (при φ* = 5,18 и 6,70 p ≤ 0,001).

В группе педиатров старшего возраста (n₃) только 17,5 % обследованных (7 чел.) обнаружили нормальный уровень стрессоустойчивости, а основная часть (72,5 %; 29 чел.) имеют слабую устойчивость к стрессорам, что значительно превышает показатели в группах n₁ (при φ* = 8,01 p ≤ 0,001) и n₂ (при φ* = 8,18 p ≤ 0,001).

Нельзя не отметить, что высокий уровень устойчивости к стрессу, при незначительной представленности в целом по совокупной выборке, достоверно более характерен для молодых врачей. Здесь доля высокой устойчивых респондентов составляет 19,4 % / чел., в то время как совокупно по двум другим группам этот показатель составил лишь 5,9 % / 6 чел. (в сравнении n₁ ↔ (n₂ + n₃) p ≤ 0,015 при φ* = 2,17).

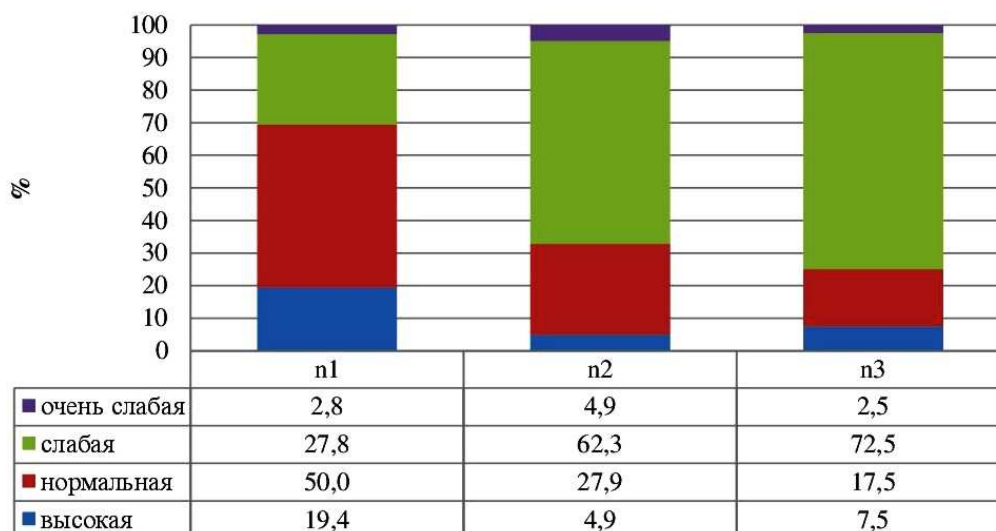


Рисунок 2 – Доли (%) представленности основных уровней стрессоустойчивости врачей-педиатров, дифференцированно по возрастам

Проведенный анализ подтверждает предположение, что снижение стрессоустойчивости врачей-педиатров связано с возрастными жизненными периодами. Можно полагать, что с года-

ми действует эффект «накопления» неравновесных состояний, обусловленных перманентностью действия стресс-факторов, особое место среди которых, очевидно, занимают напряженный процесс принятия ответственных клинических решений [1, 6], а также феномен «незавершенного действия» [11].

Исследование личностно-психологических ресурсов врачей в сохранении устойчивости психических состояний, совладания с профессиональными стрессами следует рассматривать как высоко актуальную проблему современной психологии. Необходимо установить предикторы выраженного снижения стрессоустойчивости, связанного с возрастом врачей-педиатров и выявить, в какой мере это явление имеет распространенность в профессиональной популяции врачей в целом. Решение обозначенной проблемы требует определенности теоретико-методологической базы исследования, расширения эмпирической выборки, формирования инструментов диагностики, что мы рассматриваем в качестве перспективных задач научного поиска.

Конфликт интересов	Conflict of Interest
Не указан	None declared
Рецензия	Review
Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.	All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Богачева Н.В. Связи самооценок, имплицитных теорий риска и личностной готовности к риску у медицинских работников / Н.В. Богачева, Т.В. Корнилова, Ю.В. Красавцева // Вестник Московского государственного областного университета. Серия «Психологические науки». – 2017. – № 4. – С. 6–19.
2. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М. : ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.
3. Бурно М.Е. Безвольная личность: выход из тупика. М., 1989. – 64 с.
4. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики: введение в психологию активности. – М., 1989. – 319 с.
5. Последствия двухлетнего периода пандемии COVID-19: психологический аспект / А.В. Гришина, М.В. Косцова, А.В. Маричева, С.В. Смирнова // Ученые записки. Научный журнал Курского государственного университета – 2022. – № 1(61). – С. 1–9.
6. Корнилова Т.В. Особенности личностных предпосылок принятия решений (на материале фрейминг-эффекта) у врачей и преподавателей / Т.В. Корнилова, С.Г. Керимова // Психология. Журнал Высшей Школы экономики. – 2018. – Т. 15. – № 1. – С. 22–38.
7. Куфтяк Е.В. Стресс и проактивное совладающее поведение в период пандемии COVID-19: данные онлайн-опроса / Е.В. Куфтяк, А.А. Бехтер // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2020. – Т. 12. – № 6(65). – URL : <http://mprj.ru> (дата обращения 07.08.2023).
8. Папко Е.В. Стрессоустойчивость и смысложизненные ориентации медицинских работников в условиях распространения SARS-COV-2 / Е.В. Папко, О.С. Васильева // Известия Иркутского государственного университета. Серия. Психология. – 2022. – Т. 39. – С. 46–53.
9. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. – М., 1981. – 105 с.
10. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб. : Питер, 2006. – 256 с.
11. Ясько Б.А. Организационная психология здравоохранения: персонал, лидерство, культура : монография. – Краснодар : Кубанский государственный университет, 2013. – 298 с.
12. Жизнестойкость и персональные ресурсы врачей «красных зон» / Б.А. Ясько, Казарин Б.В., Городин В.Н., Н.А. Чугунова, Л.В. Покуль, Л.С. Скрипниченко, В.В. Скоробогатов // Вестник РГМУ. – 2021. – № 4. – С. 68–76.
13. Bonner R.L. Psychosocial vulnerability, life stress, and suicide ideation in a jail population: a cross-validation study / R.L. Bonner, A.R. Rich // Suicide Life-Threat. Behav. – 1990. – Vol. 20. – № 3.
14. Lub-Moss M.M. Clinical experience with patients suffering from hyperemesis gravidarum (severe nausea and vomiting during pregnancy): thoughts about subtyping of patients, treatment, and counseling models / M.M. Lub-Moss, Eurelings – E.H. Bontekoe // Patient Educ. Couns. – 1997. – Vol. 31. – № 1.

References:

1. Bogacheva N.V. Connections of self-assessments, implicit risk theories and personal risk readiness in medical workers / N.V. Bogacheva, T.V. Kornilova, Yu.V. Krasavtseva // Bulletin of the Moscow State Regional University. The series «Psychological Sciences». – 2017. – № 4. – P. 6–19.
2. Bodrov V.A. Psychological stress: development and overcoming. – M. : PER SE, 2006. – 528 p.
3. Burno M. E. Weak-willed personality: a way out of the impasse. – M., 1989. – 64 p.
4. Grimak L.P. Reserves of the human psyche: an introduction to the psychology of activity. – M., 1989. – 319 p.
5. Consequences of the two-year period of the COVID-19 pandemic: psychological aspect / A.V. Grishina, M.V. Kostsova, A.V. Maricheva, S.V. Smirnova // Scientific notes. Scientific Journal of Kursk State University. – 2022. – № 1(61). – P. 1–9.
6. Kornilova T.V. Features of personal prerequisites for decision-making (based on the framing effect) among doctors and teachers / T.V. Kornilova, S.G. Kerimova // Psychology. Journal of the Higher School of Economics. – 2018. – Vol. 15. – № 1. – P. 22–38.
7. Kuftyak E.V. Stress and proactive coping behavior during the COVID-19 pandemic: online survey data / E.V. Kuftyak, A.A. Bekhter // Medical psychology in Russia: electron. scientific journal. – 2020. – Vol. 12. – № 6(65). – URL : <http://mprj.ru> (date of application 7.08.2023).
8. Papko E.V. Stress resistance and life-meaning orientations of medical workers in the conditions of the spread of SARS-COV-2 / E.V. Papko, O.S. Vasilyeva // News Irkutsk State. Series. Psychology. – 2022 – Vol. 39. – P. 46–53.
9. Sudakov K.V. Systemic mechanisms of emotional stress. – M., 1981. – 105 p.
10. Shcherbatykh Yu.V. Psychology of stress and methods of correction. – SPb. : Peter, 2006. – 256 p.
11. Yasko B.A. Organizational psychology of healthcare: personnel, leadership, culture : monograph. – Krasnodar : Kuban State University, 2013. – 298 p.
12. Resilience and personal resources of doctors of «red zones» / B.A. Yasko, B.V. Kazarin, V.N. Gorodin, N.A. Chugunova, L.V. Pokul, L.S. Skripnichenko, V.V. Skorobogatov // Bulletin of RSMU. – 2021. – № 4. – P. 68–76.
13. Bonner R.L. Psychosocial vulnerability, life stress, and suicide ideation in a jail population: a cross-validation study / R.L. Bonner, A.R. Rich // Suicide Life-Threat. Behav. – 1990. – Vol. 20. – № 3.
14. Lub-Moss M.M. Clinical experience with patients suffering from hyperemesis gravidarum (severe nausea and vomiting during pregnancy): thoughts about subtyping of patients, treatment, and counseling models / M.M. Lub-Moss, Eurelings – E.H. Bontekoe // Patient Educ. Couns. – 1997. – Vol. 31. – № 1.

Информация об авторах

Ясько Бэла Аслановна

доктор психологических наук,
профессор,
Кубанский государственный университет;
Кубанский государственный
медицинский университет
shabela-1@yandex.ru

Тедорадзе Диана Давидовна

аспирант кафедры управления персоналом
и организационной психологии,
Кубанский государственный университет
diana.tedoradze.97@mail.ru

Bela A. Yasko

Doctor of Psychological Sciences,
Professor,
Kuban State University;
Kuban State Medical University
shabela-1@yandex.ru

Diana D. Tedoradze

Graduate Student
of the Department of Personnel Management
and Organizational Psychology,
Kuban State University
diana.tedoradze.97@mail.ru

МОРАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ В МОНОТЕИСТИЧЕСКИХ РЕЛИГИЯХ

Дорофеева Т.Г.

Пензенский государственный аграрный университет

MORAL PRINCIPLES IN MONOTHEISTIC RELIGIONS

Tatiana G. Dorofeeva

Penza State Agrarian University

Аннотация. Статья посвящена моральным императивам в иудаизме, христианстве и исламе. Автор, ссылаясь на Священные писания монотеистических религий, показывает значение Десяти заповедей и Золотого правила как фундаментальных основ общечеловеческой нравственности. В статье поднимается вопрос о нравственном идеале в названных религиях и раскрывается понятие «ближний». Показано, почему иудейскую этику называют «этикой справедливости», христианскую – «этикой любви», а мусульманскую – «этикой поклонения».

Ключевые слова:

Библия, Декалог, заповеди, Золотое правило, ислам, иудаизм, Коран, монотеизм, моральный закон, Тора, христианство.

Abstract.

The article is devoted to moral imperatives in Judaism, Christianity and Islam. The author, referring to the Sacred writings of monotheistic religions, shows the significance of the Ten Commandments and the Golden Rule in them as the fundamental foundations of universal morality. The article raises the question of the moral ideal and the named religions and reveals the concept of «neighbor». It is shown why Jewish ethics are called «Ethics of justice», Christian ethics – «Ethics of love», and Muslim ethics – «Ethics of worship».

Keywords:

Bible, Decalogue, Commandments, Golden Rule, Islam, Judaism, Koran, Monotheism, Moral law, Torah, Christianity.

Введение. История культуры свидетельствует о тесной связи нравственности и религии. Совершенные формы религии, формируя важнейшие требования к человеку, обеспечивают многостороннее позитивное воздействие на моральную жизнь человека.

Существуют различные классификации видов религии. Одна из них – этическая, предложенная известным ученым – доктором философских наук А.П. Скрипником. Согласно этой систематизации религии делятся на естественные и этические. К числу последних религий относятся монотеистические: иудаизм, христианство и ислам, которые находятся в центре нашего внимания.

Естественные религии в процессе своего развития формируют понятие о мировой гармонии. В них мораль подразумевает поддержание этого порядка ритуальными действиями.

Этические (моральные) религии – это определенные типы религии, признающие божественную природу морали, которую провозглашают людям «Великие учителя». Нравственность в них рассматривает как способ достижения Бога [4].

Обсуждение. Моральные принципы рассматриваемых религий изложены в их Священных писаниях. Фундамент нравственности монотеистических религий – Десять заповедей, полученные пророком Моисеем на горе Синай. Исследователями отмечается уникальность данного морального закона – впервые был провозглашено первенствующее значение морали над культовой практикой. Декалог лег в основу общечеловеческих норм поведения.

Иудейскую нравственность называют «этикой справедливости», так как в основе доктрины Моисея лежит идея справедливости: «Справедливости, справедливости ищи» (Втор. 16:20). Она объявляется в иудаизме высшей моральной ценностью.

Ветхий Завет – «преддверье» к Новому Завету – новому Божьему Откровению, обновленному моральному закону. Иисус Христос даровал людям Заповеди Блаженства в Нагорной

проповеди, открыв новый этап в отношениях Бога и человека, основанные на любви: «Возлюби Господа Бога твоего всем сердцем твоим, и всею душою твоею, и всем разумением твоим. Сия есть первая и наибольшая заповедь. Вторая же подобная ей: возлюби ближнего твоего, как самого себя. На сих двух заповедях утверждается весь закон и пророки» (Мф. 22:37–40).

Любовь эта безграничная, всепрощающая. Она призывает любить не только любящих нас, но и врагов: «Любите врагов ваших, благословляйте проклинающих вас, благотворите ненавидящим вас и молитесь за обижающих вас и гонящих вас» (Мф. 5: 44).

Христианскую этику называют «этикой любви», ибо наиболее важным ее понятием является любовь: «Кто не любит, тот не познал Бога, потому что Бог есть любовь» (1 Ин. 4:8).

Согласно христианству, Бог как любовь открылся роду человеческому в Откровении о единстве Святой Троицы и через воплощение Бога Слова. Любовь Бога к человеку проявилась в творении мира и жертвенности Иисуса Христа во спасение всего мира.

В исламе утверждается, что мусульманская мораль в своей основе имеет Декалог за исключением заповеди о почитании субботы, так как в исламе священным днем является пятница как день сотворения Адама и вхождения его в рай. В отличие от Декалога, заповеди в Коране не излагаются в одном месте, а передаются в разных сурах Священного писания.

В исследовании «Духовно-нравственная экзистенция человека в православии и исламе» указывается: «Анализ библейских заповедей и содержания сур Корана позволяет судить об их общности и приемлемости для жизни разных народов, объединенных принципом единобожия» [5].

Главная идея в исламе – всеобъемлющая покорность человека Аллаху, нравственное совершенствование человека связано с выполнением всех указаний Бога даже в повседневных делах. Поэтому мусульманскую этику называют «этикой поклонения». В ответ человек получает благодать Аллаха в виде любви окружающих людей, содействия во всех делах, жизненных трудностей, благочестивых дел на пороге смерти.

В монотеистических религиях является решенным вопрос о том, кто является нравственным идеалом: в иудаизме – Авраам; в исламе – Мухаммед; в христианстве – Иисус Христос.

Пророк Моисей несмотря на то, что в Писании он не представляется как нравственно совершенная личность, считается учителем человечества наряду с Иисусом Христом и Мухаммедом.

Результаты. Рассматриваемые религии провозглашают первенство добродетельности в отношении ближнего. При этом содержание понятия «ближний» у них различно. В иудаизме, например, таковыми предстают родственники, соседи, соплеменники.

В исламе определено, в какой последовательности должна оказываться помощь. На первом месте стоят родители, супруги и дети. Затем идут близкие и дальние родственники, соседи, знакомые, мусульмане и потом остальные люди.

В христианстве ближним считается любой человек, так как он создан по образу и подобию Бога.

Нравственным ориентиром в монотеистических религиях является также «Золотое правило» (впервые это выражение употреблено английским философом Ч. Гиббоном в начале XVII в.), которое существует в позитивной форме и в форме запрета.

Золотое правило изложено:

- в Торе (иудаизм) – «Возлюби ближнего твоего, как самого себя» (Лев. 19:18);
- в Евангелии (христианство) – «Так вот, все, что хотите, чтобы делали для вас люди, делайте для них и вы. В этом весь Закон и Пророки» (Мф. 7:12)
- в Сунне (ислам) – «Делайте всем людям то, что вы желали бы, чтобы вам делали люди, и не делайте другим того, чего вы не желали бы себе» [3].

Таким образом, иудаизм, христианство и ислам – это этические религии, которые возвести человечеству через своих «Великих учителей» – Моисея, Мухаммеда и Иисуса Христа – нравственные принципы, которые позволяют познать Бога, творить богоугодный миропорядок на земле и получить спасение в жизни вечной.

Конфликт интересов

Не указан

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование в формате double-blind peer review (рецензенту неизвестны имя и должность автора, автору неизвестны имя и должность рецензента). Рецензия может быть предоставлена заинтересованным лицам по запросу.

Conflict of Interest

None declared

Review

All articles are reviewed in the double-blind peer review format (the reviewer does not know the name and position of the author, the author does not know the name and position of the reviewer). The review can be provided to interested persons upon request.

Литература:

1. Дорофеева Т.Г. Моральный закон в истории религии. – Пенза : РИО ПГАУ, 2020. – 200 с.
2. Дорофеева Т.Г. Священные писания мировых религий : монография / Т.Г. Дорофеева. – Пенза : РИО ПГАУ, 2021. – 212 с.
3. Золотое правило в исламе. – URL : <https://islamdag.ru/verouchenie/23204> (дата обращения 15.06.2023).
4. К вопросу об этической классификации религий. – URL : http://matvei5.ucoz.com/publ/k_voprosu_ob_ehticheskoi_klassifikacii_religij (дата обращения 17.06.2023).
5. Мухамедьянов С.А. Духовно-нравственная экзистенция человека в Православии и исламе / С.А. Мухамедьянов, А.Х. Хусаинова. – URL : <https://bspu.ru> (дата обращения 12.06.2023).
6. Пугачев, О.С. Культурологические аспекты социально-личностного бытия. – Пенза : РИО ПГАУ, 2017. – 216 с.
7. Пугачева Н.П. Новая философия жизни / Н.П. Пугачева // Инновационные идеи молодых исследователей для АПК России: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых – Пенза : РИО, ПГСХА, 2013. – С. 163–165.
8. Пугачева Н.П. Этическое осмысление феномена жизни в XX веке / Н.П. Пугачева // Национальное здоровье. – 2021. – № 1. – С. 104–106.
9. Пугачева Н.П. Соотношение природы и культуры / Н.П. Пугачева // Вклад молодых ученых в инновационное развитие АПК России: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых. – Пенза : РИО: ПГСХА, 2010. – С. 106–107.
10. Семкина Е.М. На пределе ответственности / Е.М. Семкина, Н.П. Пугачева // 65 лет победы и судьба Отечества: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию Победы в Великой Отечественной войне. – Пенза : РИО: ПГСХА, 2010. – С. 79–82.

References:

1. Dorofeeva T.G. Moral law in the history of religion. – Penza : RIO PGAU, 2020. – 200 p.
2. Dorofeeva T.G. Sacred Writings of world religions: monograph / T.G. Dorofeeva. – Penza : RIO PGAU, 2021. – 212 p.
3. The Golden Rule in Islam. – URL : <https://islamdag.ru/verouchenie/23204> (date of the application 15.06.2023).
4. On the question of the ethical classification of religions. – URL : http://matvei-5.ucoz.com/publ/k_voprosu_ob_ehticheskoi_klassifikacii_religij (date of the application 17.06.2023).
5. Mukhamedyanov S.A., Khusainova A.H. The spiritual and moral existence of man in Orthodoxy and Islam. – URL : <https://bspu.ru> (date of the application 12.06.2023).
6. Pugachev O.S. Cultural aspects of social and personal existence. – Penza : RIO PGAU, 2017. – 216 p.
7. Pugacheva N.P. New philosophy of life / N.P. Pugacheva // Innovative ideas of young researchers for the agro-industrial complex of Russia: Collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference of students, postgraduates and young scientists – Penza : RIO, PGSHA, 2013. – P. 163–165.
8. Pugacheva N.P. Ethical understanding of the phenomenon of life in the XX century / N.P. Pugacheva // National Health. – 2021. – № 1. – P. 104–106.
9. Pugacheva N.P. Correlation of nature and culture / N.P. Pugacheva // Contribution of young scientists to the innovative development of the agro-industrial complex of Russia: Collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference of young scientists. – Penza : RIO, PGSHA, 2010. – P. 106–107.
10. Semkina E.M. On the limit of responsibility / E.M. Semkina, N.P. Pugacheva // 65 years of victory and the fate of the Fatherland: Collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference dedicated to the 65th anniversary of Victory in the Great Patriotic War. – Penza : RIO: PGSHA, 2010. – P. 79–82.

Информация об авторе

Дорофеева Татьяна Геннадьевна
кандидат философских наук,
доцент кафедры философия, история
и иностранные языки,
Пензенский государственный
аграрный университет
dtg@list.ru

Tatiana G. Dorofeeva
Candidate of Philosophical Sciences,
Associate Professor of the Department
of Philosophy, History and Foreign Languages,
Penza State Agrarian University
dtg@list.ru

УСЛОВИЯ ПУБЛИКАЦИИ И РЕЦЕНЗИРОВАНИЯ СТАТЕЙ

Журнал выходит в электронной и печатной версии (после выхода печатной версии высылаются авторский экземпляр на указанный почтовый адрес)

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ В СООТВЕТСТВИИ С ГРАФИКОМ

Условия публикации:

- Редакционный совет принимает материалы, присланные по электронной почте national-zdorov@mail.ru, milena.555@mail.ru.
- Материалы должны быть оформлены строго в соответствии с изложенными далее требованиями.
- Редакционный совет рассматривает Вашу статью (5–7 дней);
- В случае положительной экспертизы редакция высылает Вам ответ о приеме статьи в определенный номер журнала.
- Авторам, обучающимся в аспирантурах, адъюнктурах государственных вузов Российской Федерации необходимо предоставить справку из аспирантуры, адъюнктуры вуза установленной формы для бесплатной публикации.
- Редакция высылает вам счет и договор на оплату. Подписанный договор в отсканированном виде высылаете нам обратно. Статья принимается после оплаты.

Требования к публикации:

Автор(ы) гарантирует(ют), что публикуемое произведение не является плагиатом, не содержит государственную тайну и исключительные права на данное произведение ранее не переданы третьему лицу, а также не содержит запрещенных к открытой публикации материалов в строгом соответствии с национальными законодательствами и внутренними программами в области экспортного контроля.

Поступление заявки в редакцию подтверждает полное согласие автора с публичной офертой на размещение присланных материалов в полном объеме и свободном доступе в электронной и печатной версиях журнала, а также в электронных библиотеках и базах цитирования без выплаты авторского вознаграждения.

Перепечатка опубликованных в журнале материалов разрешается только с письменного согласия редакции.

Редакция вправе вносить в текст правки, не искажающие смысл авторских материалов.

- Количество соавторов в одной статье допускается не более 4-х человек.
- Авторам, не имеющим степень доктора наук, необходимо предоставлять рецензию.
- Содержание статьи должно соответствовать тематике журнала.
- Текст должен быть набран в текстовом редакторе Word 1997–2003, шрифт Times New Roman, размер шрифта – 14, межстрочный интервал – 1,5, абзацный отступ – 1,25 см, поля сверху, снизу, слева, справа – 2 см, нумерация страниц сплошная, начиная с первой.
- Объем авторского материала, включающего в себя сведения об авторе, аннотацию, ключевые слова (на русском и английском языках), а также примечания и ссылки, должен быть 7–24 страниц, а для аспирантов – 6–8 страниц.
- К статьям должны прилагаться справки об их проверке на антиплагиат (например: скриншот из программы).

В каждой научной статье журнала должны быть указаны следующие данные:

- Код УДК;
- Сведения об авторах (рус./англ.):
 - а) фамилия, имя, отчество (полностью);
 - б) ученая степень;
 - в) ученое звание;
 - г) должность, место работы (без сокращений);
 - д) контактный E-mail автора.
 - е) контактный номер телефона.
- Название статьи (рус./англ.);
- Аннотация (8–10 строк) (рус./англ.);
- Ключевые слова (8–10 слов или словосочетаний) (рус./англ.);
- Основной текст статьи на русском или английском языке.
- Ссылки (рус./англ.).

НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ / NATIONAL HEALTH

Сетевое издание / Online edition

№ 3 от 25.09.2023

Выходит 4 раза в год
Все статьи рецензируются

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д-р мед. наук, проф., академик РАН
Порханов Владимир Алексеевич

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
канд. филос. наук, доц.
Бугаенко Юлия Юрьевна

ШЕФ-РЕДАКТОР
д-р соц. наук, проф.
Попов Михаил Юрьевич

ЗАВЕДУЮЩАЯ РЕДАКЦИЕЙ
Шелкова Елена Андреевна

Корректор – Бугаенко Ю.Ю.

Оригинал макет – Шелкова Е.А.

Сдано в набор 22.09.2023
Подписано к публикации 25.09.2023

Издание зарегистрировано Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Регистрационный номер и дата принятия решения о регистрации:
серия Эл № ФС77-82307 от 10 декабря 2021 г.

Комплекс работ выполнен ИП Фоменко О.Я.
Тел. +7 (918) 415–05–71

e-mail: id.yug2016@gmail.com