

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**II Международная междисциплинарная
научно-практическая конференция**

**ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭПОХИ:
ЧЕЛОВЕК В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ
И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**



Кемерово, 2026

УДК [159.9+616.89](082)
ББК 88+56.14я43
В 925

Редакционная коллегия выпуска:

д.м.н., профессор А. М. Селедцов, к.психол.н., доцент Е. В. Янко, к.м.н., доцент Л.К. Исаков, к.ист.н., доцент Г. В. Акименко, к.м.н., к.м.н., доцент И.В. Глумова, к.филол.н. доцент Л. В. Гукина, к.м.н. доцент И. Ф. Федосеева, А. С. Яковлев

Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции (Кемерово, 10 апреля 2026 г.) / Г. В. Акименко, И.В. Глумова, Л.В. Гукина, Л.К. Исаков, А. М. Селедцов, А. С. Яковлев, Е.В. Янко ; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово : КемГМУ, 2026. – 471 с. - ISBN 978-5-8151-0380-1. - Текст : электронный

В сборнике научных трудов представлены секционные доклады участников Международной междисциплинарной научно-практической конференции «Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности», которая проходила 10 апреля 2026 года на базе Кемеровского государственного медицинского университета.

На конференции был проведен всесторонний анализ проблем, связанных с деятельностью специалистов в условиях социальных экстремальных ситуаций. Особое внимание уделялось проблемам относительно нового направления психологической практики и терапии, возникшие в ответ на потребности нормализации психического состояния людей, попавших в кризисную ситуацию.

Материалы, представленные в сборнике, могут быть полезны для научных работников, аспирантов, психологов, студентов, а также для всех, кто интересуется проблемами психологии состояний человека.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN 978-5-8151-0380-1.

В макете обложки использована работа Сюзанны Сайнс из открытого источника. – URL: <https://zen.yandex.ru/media/id/5a99a42d55876b8ea6dbc742/kak-poniat-razvivaetsia-li-vasha-jizn-ili-uviazla-v-bolote-citaty-zigmunda-freida-60e2fc697601597c33c9d1d2> (URL 11.03.2026)

© ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2026



СОДЕРЖАНИЕ

Акименко Г. В., Янко Е. В. ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	10
Алмагамбетова А. А., Дуюсенбекова К. М., Ким Д. А., Алдажар А. К. СИНДРОМ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ-ДЕРЕАЛИЗАЦИИ В СТРУКТУРЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ И ТЕРАПИЮ	21
Алмагамбетова А. А., Еркинова Ж. Е., Гапуова А. Г., Сабырбай Ж. А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ	33
Алмагамбетова А. А., Жумагалиев А.Г., Абдильманова А. С., Муратов М. А. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАНИЧЕСКОЙ АТАКИ И КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР	42
Анохина П. В. КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПСИХОТРАВМЫ	50
Валиуллини Е. В. ВНУТРЕННИЙ КОМФОРТ КАК КОМПОНЕНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОСТИ	58



Валиуллини Е. В. СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	65
Ванюков В. В., Ванюкова Д. А. КОМОРБИДНОСТЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ	75
Гавалян Д. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ БУДУЩИХ ПРОФЕССИОНАЛОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ	91
Гаджиева А. М. ПРИЗНАКИ ТРАВМАТИЗАЦИИ В РИСУНКАХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРИГРАНИЧНЫХ РАЙОНАХ	97
Гасанов Ш. М. , Соловьев А. Г., Чернов К. А. , Денисенко В. Ю. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭВАКУАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ КАК СОСТАВНОЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ ЗАЩИТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ (НА ПРИМЕРЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)	108
Глумова И. В. РОЛЬ ПСИХОЛОГА В ФОРМИРОВАНИИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СОТРУДНИКОВ ОМОН «РУБЕЖ» УПРАВЛЕНИЯ РОСТВАРДИИ ПО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССУ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ СИТУАЦИЯМ СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	117



Енсебаева И. З., Раимханова М. Е., Райнбекова Н. Е., Алдажар А. К. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРТ- ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ИНКЛЮЗИВНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ	129
Иванов Д. Е., Шукалович Д. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЁННОГО КОНФЛИКТА: ИССЛЕДОВАНИЕ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	138
Ивойлов В. М., Колесников О. М., Руднев П. С. ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТРАВМАТИЗМ ШАХТЕРОВ	145
Исаков Л. К. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	154
Колесников О.М., Сашко А.А., Акименко Г.В. ЭЛЕМЕНТЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ К РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ НА НЕПРОФИЛЬНЫХ КАФЕДРАХ	162
Копытина Н. В., Ивойлова О. В., Швецов А. А. ЗНАЧЕНИЕ НЕГАТИВНЫХ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРУДЯЩИХСЯ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ОТРАСЛИ	173
Лощаков А. М., Степович С. А., Уставщиков И. В. ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ОКРУЖЕНИЕ ВУЗА КАК ЭЛЕМЕНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	180



Маслицкая А. В., Денисова А. С.	192
ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ И НЕГАТИВНЫХ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	
Маукенова Б. А., Тлеуханова М. Т., Калишева А. Е.	201
АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЯМИ	
Муханова И. Ф.	211
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ В ПЕРИОД ПРОЖИВАНИЯ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА	
Ожерельева Н. Р., Волчатников А. А.	220
ПЕРИОДИЗАЦИЯ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА КАК УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАДЁЖНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ	
Папин М. А.	232
ПОЛЬЗА УТРЕННЕЙ ГИМНАСТИКИ В САНАТОРНО- КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЧЕЛОВЕКА, ПРОШЕДШЕГО ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Рамизов Б.Ш., Заманбеков Қ.Ж., Серикова А.С., Смагулова Г.Т.	240
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ИННОВАТИКА КАК РЕСУРС И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ	
Самоходкин Е. В., Ионцева М. В.	250
ЭФФЕКТ СРОЧНОСТИ И ДЕФИЦИТА В ПРОДВИЖЕНИИ ТОВАРОВ ПОВСЕДНЕВНОГО СПРОСА: КОГНИТИВНЫЕ УЯЗВИМОСТИ	



Самоходкина А. А., Ионцева М. В.	260
ЦИФРОВОЙ РЕКЛАМНЫЙ КОНТАКТ КАК ТРИГГЕР ПЕРЕСТРОЙКИ ВНИМАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ПОКОЛЕНИЙ	
Семак А. С.	274
ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ	
Сенников Д. С.	289
ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМНОЙ КРИЗИСНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ: ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И АПРОБАЦИИ	
Селедцов А. М., Яковлев А. С., Кирина Ю. Ю., Акименко Г. В.	300
«ПАНДЕМИЯ СТРАХА»: ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ И СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ	
Селедцов А.М., Акименко Г. В., Кирина Ю.Ю.	312
НАРЦИССИЗМ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛИЧНОСТИ	
Темникова Е. Ю.	323
ИССЛЕДОВАНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СОВРЕМЕННЫХ ПЕДАГОГОВ	
Титиевский С. В., Федоровская И. В., Черепков В. Н., Побережная Н. В.	332
НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	



Филиппова Л. М. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПТСР НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ	352
Шатских А. Е. СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И АДАПТАЦИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	363
Ширинская А. Д. ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ	373
Ширинская А. Д. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ УЧАСТНИКАМ СВО И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ: НАПРАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ	381
Шмакова О. В., Головки О. В. Акименко Г. В. ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР	396
Штернис Т. А., Колесников О. М., Руднев П. С. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ РАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ	406
Юдин С. А., Янко Е. В. РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ	416



434

Яковлев А. С.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ И РАССТРОЙСТВАМИ,
СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ
ВЕЩЕСТВ, В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ:
НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР**

444

Яковлев А. С., Яковлева А. А.

**ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ КАК ПРИЧИНА
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО
РАССТРОЙСТВА У ВЗРОСЛЫХ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ
РИСКА И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

454

Янко Е. В.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИХ
ПСИХОЛОГОВ К ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ
СВО: ПРОБЛЕМЫ И ВЕКТОР РАЗВИТИЯ**

Сведения об авторах

463



ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Акименко Г. В., Янко Е. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье представлен обзор современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных проблеме психологической безопасности. Анализируются теоретические подходы к определению данного феномена, рассматриваются ключевые направления эмпирических исследований: психологическая безопасность в профессиональной деятельности (в том числе в экстремальных профессиях), в образовательной среде, а также ресурсы и факторы риска психологической безопасности личности. На основе систематизации литературы выявляются основные тенденции развития проблематики, методологические подходы и перспективные направления дальнейших исследований.

Ключевые слова: психологическая безопасность, безопасность личности, обзор литературы, психологическая безопасность на рабочем месте, образовательная среда, ресурсы безопасности, факторы риска.

PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL SAFETY: LITERATURE REVIEW

Akimenko G. V., Yanko E. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article provides an overview of modern domestic and foreign studies on the problem of psychological safety. Theoretical approaches to the definition



of this phenomenon are analyzed, key areas of empirical research are considered: psychological safety in professional activities (including in extreme professions), in the educational environment, as well as resources and risk factors for psychological safety of the individual. Based on the systematization of the literature, the main trends in the development of the problem, methodological approaches and promising areas of further research are identified.

Keywords: psychological safety, personal safety, literature review, psychological safety in the workplace, educational environment, safety resources, and risk factors.

Введение

Проблема психологической безопасности личности в современном мире приобретает особую актуальность в связи с нарастанием социальной нестабильности, увеличением числа экстремальных и стрессовых ситуаций, а также трансформацией привычных форм социального взаимодействия. Глобальные социальные изменения, происходящие в современном обществе, оказывают существенное влияние на психологическое состояние людей, особенно на представителей подрастающего поколения, находящихся в процессе профессионального становления и не обладающих личностной и социальной зрелостью.

Психологическая безопасность рассматривается в современной науке как комплексное междисциплинарное понятие, включающее как субъективное оценивание индивидом безопасности его взаимодействия со средой, так и социальные нормы, ценности и требования общества. Несмотря на значительное количество исследований, проблема психологической безопасности остается



недостаточно разработанной, что обуславливает необходимость систематизации накопленного знания.

Цель настоящего обзора - анализ современного состояния исследований по проблеме психологической безопасности, включая теоретические подходы, основные направления эмпирических исследований и перспективы дальнейшего изучения данного феномена.

Теоретические подходы к пониманию психологической безопасности

Понятие «психологическая безопасность» было впервые введено в научный дискурс Эдгара Шейна и Уоррена Беннис в 1965 году как средство понимания того, как организации могут поддерживать обучение и изменения посредством снижения межличностного страха и избегания риска. В дальнейшем Уильям Кан уточнил определение, описав психологическую безопасность как условие, в котором индивиды чувствуют себя свободно в самовыражении, не опасаясь вреда для своего образа, статуса или карьеры.

Наиболее значимый вклад в развитие концепции внесла Эмми Эдмондсон, предложившая командную перспективу и определив командную психологическую безопасность как общее убеждение членов команды в том, что команда представляет собой безопасное пространство для межличностного риска. Согласно этому подходу, в психологически безопасной команде индивиды чувствуют комфорт, высказывая опасения, делясь идеями, признавая ошибки и запрашивая обратную связь без страха унижения, наказания или исключения.

Отечественные подходы к изучению психологической безопасности личности

В российской психологии проблема психологической безопасности разрабатывается преимущественно в контексте безопасности личности и



образовательной среды. Как отмечают В.И. Екимова и А.В. Литвинова, отечественные подходы традиционно основаны на ценностно-смысловых отношениях в межличностном общении и внутриорганизационном взаимодействии, что позволяет рассматривать организационную субкультуру как фактор психологической безопасности сотрудников.

Существенное отличие отечественных подходов от зарубежных заключается в том, что в российской традиции акцент делается на ценностно-смысловых аспектах взаимодействия, тогда как в зарубежных исследованиях преобладают негативные оценки влияния экстремальных факторов на организационную субкультуру, такие как императивные формы межличностного общения, возрастная дискриминация, харассмент и другие деструктивные явления.

Основные направления эмпирических исследований

Значительный пласт исследований посвящен изучению психологической безопасности в профессиональной среде, особенно в профессиях, связанных с высоким уровнем риска. В обзорном исследовании, проведенном на базах данных CINAHL, Medline, ERIC, JSTOR, PsycInfo, Business Source Ultimate и Sociological Abstract за период 2010–2025 гг., были выявлены три основных предиктора психологической безопасности в высокорисковых профессиях:

- 1) инклюзивный и трансформационный стили лидерства,
- 2) иерархические структуры и динамика власти,
- 3) организационный климат и культура коммуникации.

Особое внимание уделяется сфере здравоохранения, где психологическая безопасность признана ключевым компонентом обеспечения безопасности пациентов и благополучия сотрудников. Исследования показывают, что медицинские работники в командах с высоким уровнем психологической



безопасности с большей вероятностью сообщают об ошибках, ищут обратную связь и делятся знаниями, что ведет к улучшению ухода за пациентами и снижению числа медицинских ошибок. Более того, в больницах с высоким уровнем командной психологической безопасности отмечаются более низкие показатели смертности, снижение частоты предотвратимого вреда и более высокий уровень удовлетворенности работой среди медицинского персонала.

В сфере общественной безопасности (полиция, пожарные, спасатели, сотрудники исправительных учреждений и парамедики) психологическая безопасность ассоциируется с повышением готовности сообщать об этических проблемах, улучшением принятия решений в условиях давления и повышением командного доверия и сотрудничества. При этом иерархические и парамилитарные структуры часто препятствуют открытой коммуникации, поскольку сотрудники могут опасаться возмездия, осуждения или исключения за высказывание своего мнения.

Интересно отметить, что в обзоры включаются также исследования, проведенные в авиационной отрасли, которая рассматривается как фундаментальная модель для продвижения культуры безопасности, протоколов коммуникации и командного обучения. Подход «Управление ресурсами экипажа», разработанный в авиации, был широко адаптирован в системе здравоохранения для развития открытой коммуникации, смягчения иерархических барьеров и поощрения поведения, направленного на высказывание мнений, критически важного для безопасности пациентов.

Психологическая безопасность в клинической и образовательной среде

Важным направлением исследований является изучение психологической безопасности в клинической среде и медицинском образовании. В критическом



обзоре Мартинуссена, охватившем 46 публикаций за период 2019–2025 гг., выделены четыре функции, которые выполняет психологическая безопасность в клинической обучающей среде:

- 1) решение широкого круга проблем,
- 2) достижимая цель,
- 3) способ управления иерархической властью,
- 4) замена работы с эмоциями.

Авторы предлагают переосмыслить психологическую безопасность не как конечное состояние, а как непрерывный, согласованный процесс между всеми участниками взаимодействия, что может способствовать созданию более инклюзивной обучающей среды.

В контексте психообразования пациентов с тревожными расстройствами психологическая безопасность выступает как медиатор между качеством врачебной коммуникации и самораскрытием пациентов.

Пациенты с тревожными расстройствами характеризуются дезадаптивными когнитивными паттернами, включая катастрофическое мышление, предвзятость внимания к угрозе и когнитивное избегание, которые могут препятствовать переработке и усвоению психообразовательного контента. Психологическая безопасность играет ключевую роль в повышении эффективности психообразовательных интервенций для данной категории пациентов.

Ресурсы психологической безопасности в напряженной социокультурной среде

В условиях глобальных социальных трансформаций особое значение приобретает изучение ресурсов психологической безопасности, особенно для уязвимых групп населения. В систематическом обзоре, проведенном с



использованием баз данных RSCI и Scopus за период 2019–2023 гг., было проанализировано более 70 научных статей, посвященных ресурсам психологической безопасности человека в напряженной социокультурной среде. На основе результатов обзора предложена теоретическая модель, включающая внешние и внутренние ресурсы психологической безопасности студентов.

К ключевым внешним ресурсам отнесены особенности социализации студентов и ресурсы образовательной среды. Внутренние ресурсы включают когнитивную регуляцию эмоций, конструктивные механизмы защиты, просоциальные ценности и социальный интеллект, которые выступают основными ресурсами преодоления травматического опыта, влияют на субъективное благополучие и обеспечивают психологическую безопасность студентов.

Исследование И.А. Басовой, В.И. Востриковой и Л.С. Соколовой посвящено операционализации понятия «напряженная социальная среда» и определению характеристик уровней ее напряженности. Авторы подчеркивают роль образовательной среды, которая может выступать ресурсом поддержки в ситуации социального напряжения, особенно для подрастающего поколения.

Психологическая безопасность в цифровой среде

С развитием цифровых технологий актуализируется проблема психологической безопасности в виртуальной среде. В исследованиях выявлено, что онлайн-риски, включающие информационные угрозы, проблемы в общении и небезопасный контент, негативно влияют на психическое здоровье и психологическую безопасность личности. Киберагрессия и кибербуллинг рассматриваются как факторы, дестабилизирующие безопасность образовательной среды и представляющие угрозу психологическому благополучию обучающихся.



В то же время отмечается потенциал использования технологий виртуальной реальности для повышения психологической безопасности. Исследования показывают, что занятия физической культурой с применением виртуальной реальности оказывают благотворное влияние на психологическую безопасность обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, способствуя снижению конфликтности и агрессивности в общении, повышению ценностно-смысловой безопасности и доверия к окружающим. Тренинги с использованием технологий виртуальной реальности признаны эффективным инструментом снижения личностной, ситуативной и учебной тревожности у студентов.

Методологические подходы и методы диагностики

В современной зарубежной психологии разработаны разнообразные подходы к диагностике психологической безопасности. В обзоре Кислякова и Шмелевой представлен анализ концептуальных подходов и методов диагностики психологической безопасности за рубежом. Авторы выделяют три основные направления оценки: потребность в безопасности и ценность безопасности, психологическая безопасность личности и психологическая безопасность в организационном контексте.

Систематический анализ методологических подходов представлен в библиометрическом исследовании Dong, охватившем 990 научных статей, опубликованных в период 2000–2024 гг. Авторы применяют дизайн исследования, основанный на данных, с соблюдением протокола PRISMA, включающий описательный синтез и текстуальный нарративный синтез посредством библиометрического анализа и систематического обзора литературы.



Дискуссионные вопросы и перспективы исследований

Анализ литературы позволяет выделить ряд дискуссионных вопросов и перспективных направлений дальнейших исследований. Одним из ключевых вопросов является концептуальная неопределенность понятия «психологическая безопасность». Как отмечается в критическом обзоре Мартинуссена с соавторами, существует множество концептуализаций, что может создавать путаницу среди исследователей и практиков и подрывать те результаты обучения, для улучшения которых предназначена психологическая безопасность.

Дискуссионным остается вопрос о соотношении психологической безопасности и психосоциального климата безопасности. В библиометрическом анализе Dong с соавторами подчеркивается, что в существующей литературе наблюдается недостаток концептуальной ясности в отношении психологической безопасности с психологической перспективы и слабое понимание ее существенных эффектов для организаций.

Перспективные направления исследований включают:

1. Изучение специфических подгрупп пациентов с тревожными расстройствами для более точной квалификации и количественной оценки влияния психологической безопасности в психообразовательных интервенциях.
2. Разработку программ психологического сопровождения для различных групп населения с учетом специфики социальной среды, в которой они находятся.
3. Эмпирическую верификацию теоретических моделей ресурсов психологической безопасности студентов в напряженной социокультурной среде.



4. Исследование взаимосвязи реальной и виртуальной девиантной активности обучающихся разного возраста для разработки эффективных стратегий профилактики и вмешательства.

5. Изучение возможностей сочетания цифровых инноваций и традиционных ценностей в образовательных организациях, включая суворовские военные училища, при условии продуманной педагогической стратегии.

Заключение

Проведенный обзор литературы свидетельствует о значительном росте исследовательского интереса к проблеме психологической безопасности, особенно в контексте высокорисковых профессий, образовательной среды и цифровой трансформации общества. Психологическая безопасность рассматривается как многомерный феномен, включающий субъективные, межличностные и организационные аспекты.

В зарубежных исследованиях доминирует командная перспектива, разработанная Э. Эдмондсон, в то время как отечественные подходы акцентируют ценностно-смысловые аспекты взаимодействия и роль образовательной среды как ресурса психологической безопасности.

Выявлены ключевые факторы, способствующие психологической безопасности: инклюзивный и трансформационный стили лидерства, культура доверия и открытой коммуникации, а также конструктивные механизмы когнитивной регуляции эмоций. В то же время рисками выступают жесткие иерархические структуры, дефицит коммуникации, а также девиантные проявления в виртуальной среде.

Перспективными направлениями дальнейших исследований являются эмпирическая верификация теоретических моделей ресурсов психологической



безопасности, разработка программ психологического сопровождения для различных групп населения, а также изучение возможностей использования цифровых технологий для повышения психологической безопасности.

Источники и литература / Sources and references:

1. A Critical Review of Psychological Safety in Psychoeducation for Patients with Anxiety Disorders and Implications for Medical Education in Psychiatry. 2025). *BJPsych Open*, 11(Suppl 1), S107.
2. Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия // *Дневник науки*. - 2020. - № 11 (47). - С. 13.
3. Литвинова, А.В. Вступительное слово тематического редактора. Экстремальная психология и безопасность личности. 2025. № 22. С. 5–7.
4. Resources for Psychological Safety of Students in an Unstable Sociocultural Environment: a Review of Theoretical and Empirical Research. *Психолого-педагогические исследования*, 2024. №162, С. 3–29.
5. Martinussen, M., et al. 2025). A critical review of psychological safety in clinical learning environments. *Medical Teacher*, №4712, С. 1884–1894.
6. Баева, И.А., Вострикова, В.И., Соколова, М. Напряженная социальная среда как фактор влияния на психологическую безопасность личности: теоретический анализ проблемы. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*, 2025. № 217. С. 162–175.
7. Dong, R.K., et al. 2024). Psychological safety and psychosocial safety climate in workplace: A bibliometric analysis and systematic review towards a research agenda. *Journal of Safety Research*, 91, 1–15.



8. Безопасность личности: от стратегических решений к практическим инструментам защиты в журнале «Экстремальная психология и безопасность личности». 2025. Портал психологических изданий PsyJournals.ru.

9. Екимова, В.И., Литвинова, А.В. Введение // Современная зарубежная психология, 2023. С. 5–7.

СИНДРОМ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ-ДЕРЕАЛИЗАЦИИ В СТРУКТУРЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПАТОГЕНЕЗ И ТЕРАПИЮ

Алмагамбетова А. А., Дуюсенбекова К. М., Ким Д. А., Алдажар А. К.

*Кафедра психиатрии и наркологии
НАО «Медицинский университет Семей»,
Республика Казахстан, г. Семей*

Аннотация. Синдром деперсонализации-дереализации (ДП/ДР) представляет собой диссоциативное, характеризующее нарушением самовосприятия и восприятия окружающей реальности. Он часто наблюдается в структуре тревожных и депрессивных расстройств и может существенно снижать качество жизни пациентов. Современные данные свидетельствуют о мультифакториальном патогенезе ДП/ДР, включающем нейробиологические, когнитивные и стресс-индуцированные механизмы. В настоящем обзоре рассмотрены современные представления о патогенезе, его связи с тревожно-депрессивными расстройствами, а также подходы к терапии, включая фармакологические и психотерапевтические методы.

Ключевые слова: деперсонализация, дереализация, тревожные расстройства, депрессия, патогенез, терапия.



SYNDROME OF DEPERSONALIZATION-DEREALIZATION IN THE STRUCTURE OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS: A MODERN VIEW ON PATHOGENESIS AND THERAPY

Almagambetova A.A., Duyusenbekova K.M., Kim D.A., Aldazhar A. K.

Department of Psychiatry and Narcology

Semey Medical University, NPO

Republic of Kazakhstan, Semey

Abstract. Depersonalization-derealization syndrome (DP/DR) is a dissociative disorder characterized by disturbances in self-perception and perception of surrounding reality. It is often observed within the structure of anxiety and depressive disorders and can significantly reduce patients' quality of life. Modern data indicate a multifactorial pathogenesis of DP/DR, including neurobiological, cognitive, and stress-induced mechanisms. This review examines current concepts of pathogenesis, its relationship with anxiety-depressive disorders, as well as approaches to therapy, including pharmacological and psychotherapeutic methods.

Keywords: depersonalization, derealization, anxiety disorders, depression, pathogenesis, therapy.

Введение

Синдром деперсонализации-дереализации (СДД) относится к диссоциативным расстройствам и характеризуется стойким или повторяющимся ощущением отчуждения от себя самого, своего «Я» или окружающего мира. При деперсонализации пациент ощущает себя отстранённым от собственных мыслей и тела, в то время как дереализация сопровождается чувством нереальности окружающего мира [15].

По современным данным, распространённость синдрома деперсонализации-дереализации в общей популяции составляет примерно 1–2%,



однако среди пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами эта частота значительно выше [20, 5]. Ряд исследований показывает, что симптомы деперсонализации выявляются примерно у половины пациентов с депрессивными эпизодами различной тяжести [5]. ICD-10 классифицирует деперсонализацию-дереализацию как отдельное диссоциативное расстройство [20].

Современные концепции предусматривают деперсонализацию-дереализацию как феномен, который может возникать при различных психических расстройствах, особенно при генерализованном тревожном расстройстве, паническом расстройстве и большом депрессивном расстройстве (БДР) [10]. Изучение патогенеза и разработка эффективных методов лечения данного синдрома остаются актуальной задачей современной психиатрии.

Цель исследования

Целью данного литературного обзора является комплексный анализ современных представлений о патогенезе синдрома деперсонализации-дереализации и оценка эффективности терапевтических подходов при его сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования послужили научные публикации, посвященные синдрому ДП/ДР.

Проведен систематизированный поиск литературы в международных и отечественных базах данных: PubMed, Scopus, Google Scholar, Cochrane Library, Cyberleninka, опубликованных в период 2000–2025 гг.

Критерии включения:

- публикации 2000-2025гг.;



- систематические обзоры, метаанализы, рандомизированные контролируемые исследования;
- исследования, посвященные патогенезу, клинике и терапии СДД;
- работы, рассматривающие связь СДД с тревожными и депрессивными расстройствами.

Критерии исключения:

- описания клинических случаев;
- нерецензируемые публикации;
- статьи без доступа к полному тексту;
- исследования, не соответствующие теме обзора.

В итоговый анализ включены 20 источников.

Результаты и их обсуждение

Обозреваемые нами исследования показывают, что деперсонализация часто возникает на фоне выраженного психоэмоционального стресса и может рассматриваться как механизм психологической защиты, направленный на снижение интенсивности переживаемых эмоций [2]. Однако при длительном существовании данный механизм становится патологическим и приводит к формированию стойкого диссоциативного состояния, а далее - расстройства.

В условиях клинических наблюдений было установлено, что существует выраженная закономерность между развитием депрессивных расстройств и симптомами деперсонализации, что подтверждает их тесную патогенетическую связь [5]. У пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами наличие деперсонализационных симптомов ассоциируется с более тяжёлым клиническим течением заболевания и сниженной ответной реакцией на стандартные методы терапии, что подчёркивает влияние деперсонализации на прогноз [3].



Некоторые авторы отмечают, что деперсонализация может усиливать тревогу и депрессию, формируя замкнутый «порочный» круг: тревога вызывает диссоциацию, а диссоциация в свою очередь стимулирует усиление тревожности и чувство беспомощности [10]. Также стало известно, что пациенты с выраженной деперсонализацией чаще имеют коморбидные тревожные расстройства, включая паническое расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [11].

Современные представления о патогенезе

Исследования нейробиологических механизмов показывают, что основную роль в развитии деперсонализации играет нарушение взаимодействий между лимбической системой и префронтальной корой головного мозга [16].

Предполагается, что при деперсонализации происходит чрезмерное торможение эмоциональных центров головного мозга, вследствие чего снижается субъективная интенсивность переживаний, что воспринимается пациентом как чувство отчуждения, оторванности от себя [16].

Электрофизиологические исследования показывают, что нарушения интеграции интероцептивных и экстероцептивных сигналов могут приводить к ощущению нереальности происходящего и нарушению целостности восприятия, что наблюдается при диссоциативных состояниях, в том числе при ПТСР [8].

Важную роль играет хроническая тревожность, которая приводит к длительной активности стресс-систем организма и формированию диссоциативных симптомов [20].

Некоторые авторы рассматривают деперсонализацию как результат сверхпороговой активации префронтальной коры при одновременном подавлении активности миндалины, что приводит к снижению эмоциональной реакции на внешние стимулы [13].

Психологические механизмы формирования синдрома ДП/ДР.

Психодинамические теории рассматривают деперсонализацию как защитный механизм психики, который включается, когда человек сталкивается с эмоционально чрезмерно интенсивными переживаниями, которые он не способен адекватно обработать или интегрировать в сознание.

С точки зрения психоанализа, описанной классиками, такими как Анна Фрейд, деперсонализация является формой психической изоляции: часть внутреннего опыта «отсоединяется» от осознаваемой психической жизни, что позволяет пациенту временно снизить уровень тревоги и эмоциональной боли. Этот механизм помогает защитить личность от психотравмирующих состояний, но при длительном или частом включении может становиться патологическим, формируя устойчивое ощущение отчуждения от себя и окружающего мира [1].

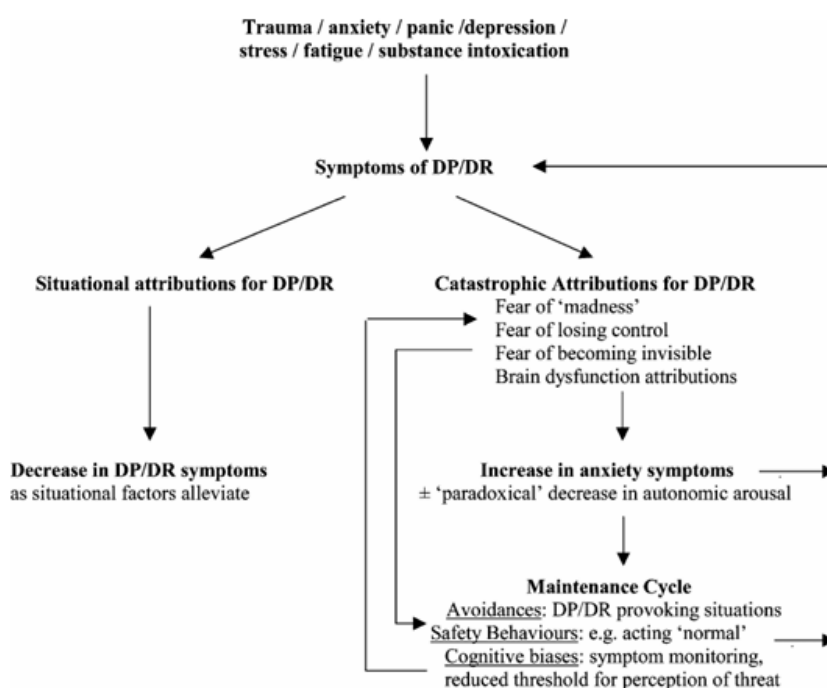


Рис 1. - Когнитивно-поведенческая модель синдрома деперсонализации [4].

Когнитивные модели предполагают, что ключевую роль в развитии деперсонализации играет катастрофическая интерпретация возникающих ощущений и повышенная самофокусировка, характерные для тревожных расстройств [4].

Деперсонализация и дереализация возникают под влиянием стресса, тревоги, паники, депрессии или усталости. Далее важную роль играет то, как человек воспринимает эти симптомы. Если он объясняет их как временную реакцию на стресс, симптомы постепенно уменьшаются. Если же появляются катастрофические мысли (например, страх сойти с ума или потерять контроль), тревога усиливается. Это приводит к формированию замкнутого круга: человек начинает избегать ситуаций, постоянно следит за своими ощущениями и усиливает внимание к симптомам. В результате симптомы деперсонализации и дереализации сохраняются и могут усиливаться [4].

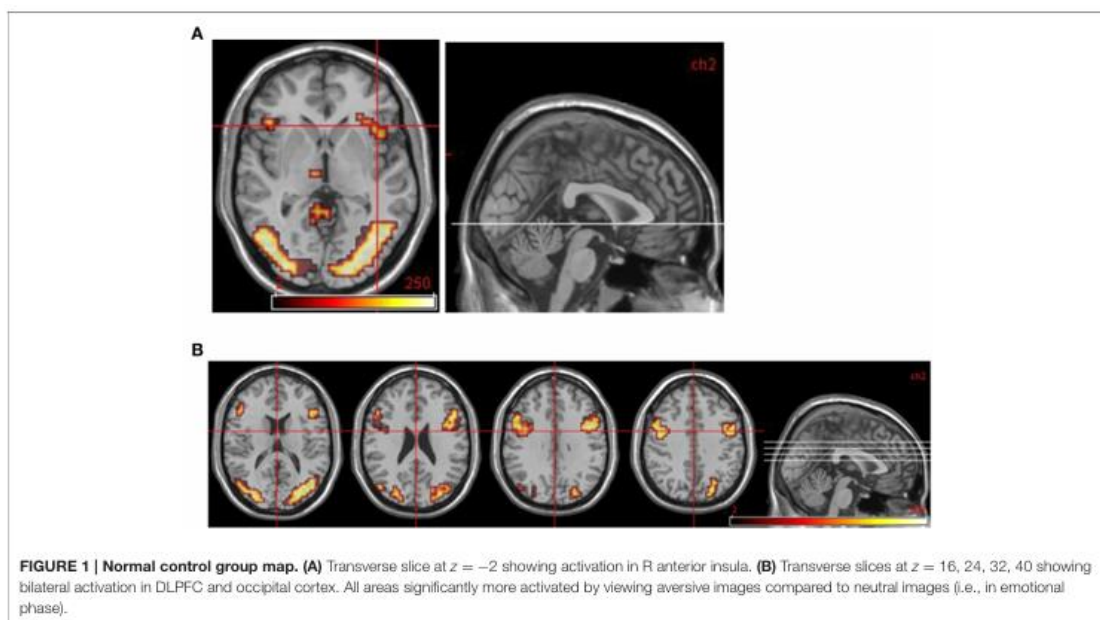


Рис 2. - Функциональная МРТ головного мозга у здоровых лиц (контрольная группа) [9].

Обзор Cernis et al. (2021) показывает, что деперсонализация может развиваться при сочетании индивидуальной уязвимости и стрессовых факторов, подтверждая её роль как трансдиагностического феномена [2].

У пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами наблюдается усиленная тенденция к диссоциативным переживаниям, что может способствовать развитию деперсонализационно-дереализационного синдрома. Функциональная визуализация показывает, что это связано с нарушением интеграции эмоциональных и сенсорных сигналов в мозге, приводящим к субъективному ощущению отчуждения от собственных мыслей и телесных ощущений [9].



Рис 3. - Функциональная МРТ головного мозга у пациентов с синдромом деперсонализации-дереализации [9].

У здоровых людей при воздействии эмоциональных стимулов активируются зоны, отвечающие за переживание эмоций и их телесное ощущение, прежде всего островковая кора, а также зрительные области и дорсолатеральная префронтальная кора. Это обеспечивает полноценное,



«живое» восприятие эмоций с нормальной интеграцией чувств и телесных реакций [9].

У пациентов с деперсонализацией/дереализацией наблюдается иной тип мозговой активности. Преобладает активация префронтальных областей, включая медиальную префронтальную кору, переднюю поясную кору и вентролатеральную префронтальную кору, которые отвечают за контроль и регуляцию эмоций. При этом активность зон, непосредственно связанных с эмоциональным переживанием, относительно снижена [9].

Таким образом, при деперсонализации/дереализации происходит смещение от эмоциональной реактивности к усиленному когнитивному контролю. Это приводит к тому, что человек осознаёт происходящее, но не испытывает эмоции в полной мере, что субъективно проявляется ощущением отстранённости и нереальности.

Современные подходы к терапии

Лечение деперсонализационно-дереализационного синдрома остаётся клинически сложной задачей, так как стандартные антидепрессанты, часто оказывают лишь ограниченное влияние на выраженность деперсонализационных симптомов и не всегда обеспечивают устойчивое клиническое улучшение [17].

В рандомизированных контролируемых исследованиях показано, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как флуоксетин, могут привести к умеренному снижению симптомов у пациентов с деперсонализационно-дереализационным синдромом, однако их эффективность в виде монотерапии при изолированной деперсонализации остаётся ограниченной; клинические улучшения чаще коррелировали с уменьшением сопутствующей тревожности или депрессивной симптоматики [18]. В



литературе отмечается, что ламотриджин, оказывающий влияние на глутаматергическую передачу, рассматривается как потенциальная адъювантная терапия при деперсонализационно-дереализационном синдроме. Открытые клинические наблюдения указывают на значительное снижение выраженности симптомов у части пациентов, получавших ламотриджин в сочетании с антидепрессантами, хотя результаты плацебо-контролируемых исследований остаются противоречивыми, и его эффективность требует дальнейшей проверки в рамках рандомизированных контролируемых исследований [14, 19].

В ряде исследований изучалось применение антагонистов опиоидных рецепторов, в частности налтрексона, который влияет на эндогенную опиоидную систему. Показано, что его использование может приводить к снижению выраженности симптомов деперсонализации, однако результаты остаются ограниченными [12].

Психотерапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) рассматривается как один из наиболее перспективных методов лечения деперсонализационно-дереализационного расстройства. Согласно Hunter et al. (2023), применение КПТ приводит к значительному снижению выраженности деперсонализационных симптомов и сопутствующей тревоги. Основная цель психотерапии — коррекция дисфункциональных интерпретаций симптомов и уменьшение патологической самофокусировки [6].

В ряде исследований отмечается, что комбинированное применение фармакотерапии и психотерапии демонстрирует большую эффективность при деперсонализационно-дереализационном расстройстве, чем использование одного метода лечения в отдельности. Данный подход позволяет одновременно



снижать выраженность симптомов деперсонализации и сопутствующей тревожности [7].

Заключение

Анализ современной литературы показывает, что синдром деперсонализации-дереализации тесно связан с тревожно-депрессивными расстройствами и может рассматриваться как важный патогенетический компонент данных состояний.

В основе синдрома лежат сложные нейробиологические и психологические механизмы, включающие нарушение регуляции эмоций, дисфункцию лимбико-префронтальных связей и хроническую постоянную активность стресс-систем.

Несмотря на достаточно большое количество исследований, эффективные методы лечения остаются ограниченными. Наиболее перспективным является комбинированный подход, включающий фармакотерапию и психотерапию. Дальнейшее изучение патогенеза синдрома деперсонализации-дереализации необходимо для разработки более эффективных методов лечения.

Источники и литература / Sources and references:

1. Anna Freud, The Ego and the Mechanisms of Defence, 1936 — CHAPTER 4. THE MECHANISMS OF DEFENSE
2. Cernis E. et al. Depersonalisation as transdiagnostic phenomenon. Psychol Med, 2021.
3. Cox B.J., Swinson R.P. Panic disorder and depersonalization. Depress Anxiety, 2002.
4. E.C.M. Hunter *, M.L. Phillips, T. Chalder, M. Sierra, A.S. David Depersonalisation disorder: a cognitive–behavioural conceptualisation



5. Hunter E.C.M. et al. Epidemiology of depersonalization disorder. Psychol Med, 2004.
6. Hunter E.C.M. et al. (2023). Cognitive Behaviour Therapy for Depersonalization Derealization Disorder (DDD).
7. Hunter E.C.M. Treatment approaches for depersonalization. CNS Drugs, 2005.
8. Lanius R.A. Dissociation in PTSD. Am J Psychiatry, 2010.
9. Medford N., Brierley B., Brammer M., Bullmore E., David A.S. Functional imaging in depersonalization disorder. Biological Psychiatry, 2006
10. Michal M. et al. Depersonalization in depression and anxiety. J Affect Disord, 2009.
11. Nuller Y.L. Depersonalization in depression. J Affect Disord, 2001.
12. Nuller Y.L. Naltrexone in depersonalization disorder. J Psychopharmacol, 2001.
13. Phillips M.L. Neurobiology of depersonalization. Lancet Psychiatry, 2001.
14. Sierra M., Baker D., Lamotrigine as an add-on treatment for depersonalization disorder: a retrospective study of 32 cases, 2006
15. Sierra M., David A. Depersonalization: A selective impairment of self-awareness. Consciousness and Cognition, 2011.
16. Sierra M., David A.S. Depersonalization: neurobiological perspectives. Biol Psychiatry, 2011.
17. Simeon D. Depersonalisation disorder: pharmacological approaches. CNS Drugs, 2004
18. Simeon D. SSRIs in depersonalization disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 1998



19. Simeon D., Guralnik O., Schmeidler J., Knutelska M. British Journal of Psychiatry, 2004.
20. World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental Disorders, 2016.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И АРТ-ТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Алмагамбетова А. А., Еркинова Ж. Е., Гапуова А. Г., Сабырбай Ж. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский университет Семей»,

Республика Казахстан, г/Семей

Аннотация. В исследовании оценивалась эффективность арт-терапии в сочетании с групповыми психотерапевтическими сеансами у студентов НАО «Медицинский университет Семей» с депрессивными состояниями. В исследовании приняли участие 40 студентов 1-6 курсов, уровень депрессии которых оценивался с помощью Шкалы депрессии А.Т. Бека. Диагностика проводилась до и после проведения сеанса арт-терапии и групповой психотерапии. Результаты продемонстрировали достоверное снижение общего уровня депрессии, улучшение когнитивно-аффективных и соматических симптомов, что подтверждает эффективность комплексного психокоррекционного подхода для студентов медицинского университета.

Ключевые слова: депрессия, студенты НАО МУС, арт-терапия, шкала Бека, когнитивно-аффективная субшкала, соматическая субшкала, психоэмоциональное состояние.



EFFECTIVENESS OF GROUP PSYCHOTHERAPY AND ART THERAPY FOR DEPRESSIVE STATES

Almagambetova A. A., Yerkinova Zh. E., Gapuova A.G., Sabyrbai Zh. A.

Department of Psychiatry and Narcology

NAO «Semey Medical University»,

Republic of Kazakhstan, Semey city

Abstract. The study evaluated the effectiveness of art therapy combined with group psychotherapy in students of NCJSC «Semey Medical University» with depressive states. The study involved 40 students from the 1st to 6th years, whose levels of depression were assessed using the Beck Depression Inventory (BDI). Diagnostics were conducted before and after the intervention. The results demonstrated a significant reduction in overall depression levels, as well as improvements in cognitive-affective and somatic symptoms, confirming the effectiveness of a combined psychocorrective approach for medical university students.

Keywords: depression, Semey Medical University students, art therapy, Beck Depression Inventory, cognitive-affective subscale, somatic subscale, psycho-emotional state.

Введение

Депрессивные состояния среди студентов медицинских университетов становятся всё более актуальной проблемой психического здоровья. Интенсивная учебная нагрузка, эмоциональное напряжение и высокая ответственность создают значительный риск формирования симптомов депрессии, включая сниженное настроение, пессимизм, когнитивные нарушения и соматические проявления [1, 2].

Арт-терапия в сочетании с групповыми психотерапевтическими сеансами рассматривается как эффективный немедикаментозный метод коррекции



депрессивных состояний. Такой подход позволяет безопасно выражать внутренние переживания, осознавать эмоции и активировать внутренние ресурсы личности, а также получать дополнительную эмоциональную поддержку от группы [3, 4]. Систематические обзоры и мета-анализы показывают, что арт-терапевтические интервенции с элементами групповой психотерапии приводят к достоверному снижению депрессивной симптоматики у взрослых участников ($SMD = -0,73, p < 0,001$) [3, 5].

Данные исследований подтверждают, что комбинированные методы арт-терапии и групповой психотерапии улучшают эмоциональное выражение, способствуют саморегуляции и психоэмоциональному благополучию, что особенно важно для студентов медицинских университетов. Эти методы помогают снижать уровень стресса, предотвращать выгорание и улучшать адаптацию к интенсивному учебному процессу [6, 7, 8].

Таким образом, комбинированное использование арт-терапии и групповой психотерапии представляет собой перспективный метод профилактики и коррекции депрессивных состояний у студентов 1-6 курсов НАО «Медицинский университет Семей», что определяет актуальность и практическую значимость настоящего исследования [9, 10].

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось на базе НАО «МУС» среди студентов 1-6 курсов ($n=40$). Средний возраст участников составил $20,3 \pm 1,7$ года. Среди респондентов 55% - женщины, 45% - мужчины.

Для оценки уровня депрессивных симптомов использовалась Шкала депрессии А.Т. Бека (взрослый вариант). Участники отвечали на 21 утверждение, отражающее когнитивно-аффективные и соматические проявления депрессии. Общий балл шкалы позволяет выделить следующие категории:



- 0–9 баллов -отсутствие депрессии;
- 10–15 баллов - лёгкая депрессия;
- 16–19 баллов - умеренная депрессия;
- 20–29 баллов - выраженная депрессия;
- 30–63 балла - тяжёлая депрессия.

После первичного анкетирования студенты прошли один сеанс арт-терапии в сочетании с групповой психотерапией, направленный на осознание эмоционального состояния, свободное выражение чувств через творческую деятельность и совместное обсуждение переживаний. Вторичное анкетирование проводилось сразу после сеанса для оценки краткосрочных изменений в психоэмоциональном состоянии.

Результаты и их обсуждение

До проведения сеанса распределение участников по шкале депрессии А.Т. Бека было следующим:

Таблица 1

Баллы по шкале	Уровень депрессии	Кол-во человек	Процент (%)
0–9	Нормальное эмоциональное состояние	12	30%
10–15	Лёгкая депрессия	15	37,5%
16–19	Умеренная депрессия	8	20%
20–29	Выраженная депрессия	5	12,5%
Итого	-	40	100%

0-9 баллов (нормальное эмоциональное состояние) - 12 человек (30%);

10-15 баллов (лёгкая депрессия) -15 человек (37,5%);

16-19 баллов (умеренная депрессия) -8 человек (20%);

20-29 баллов (выраженная депрессия) -5 человек (12,5%).



Анализ когнитивно-аффективной субшкалы (пункты 1-13) выявил, что у большинства участников присутствовали выраженные психоэмоциональные симптомы. Пессимизм отмечали 22 студента (55%), чувство несостоятельности - 18 студентов (45%), повышенную самокритичность и чувство вины - 20 студентов (50%), эмоциональную раздражительность - 16 студентов (40%), а нерешительность и снижение мотивации - 19 студентов (47,5%). Эти данные демонстрируют высокую распространённость когнитивно-аффективных симптомов депрессии среди студентов медицинского университета.

Таблица 2

Баллы по шкале	Кол-во человек	Процент (%)
0–9	20	50%
10–15	12	30%
16–19	6	15%
20–29	2	5%
Итого	40	100%

0-9 баллов - 20 человек (50%);

10-15 баллов -12 человек (30%);

16-19 баллов - 6 человек (15%);

20-29 баллов - 2 человека (5%).

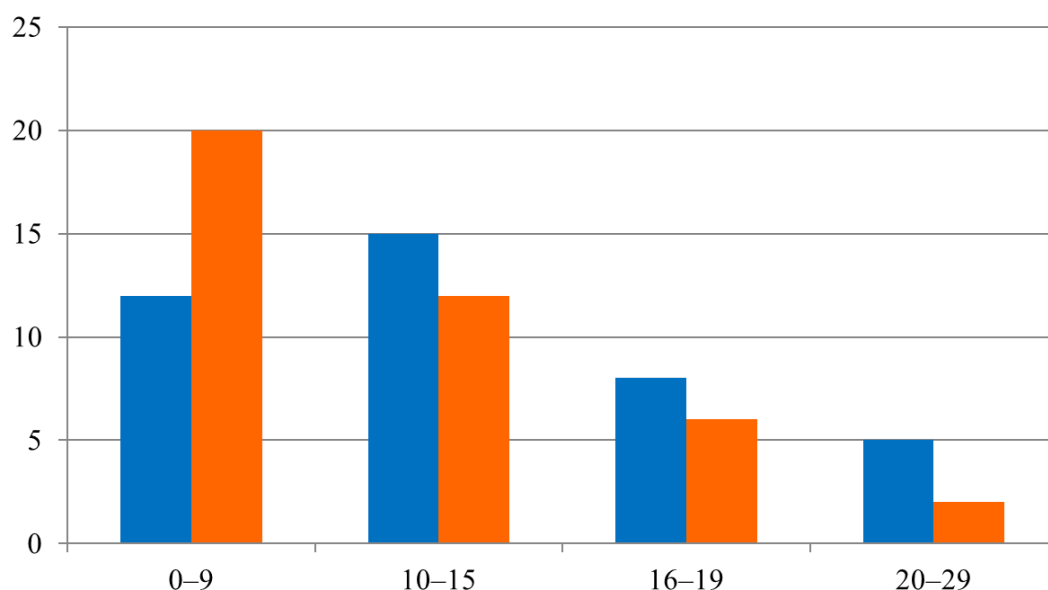
Соматическая субшкала (пункты 14-21) показала, что большинство участников испытывали выраженные физические проявления депрессии. Нарушения сна наблюдались у 21 студента (52,5%), утомляемость и снижение общей работоспособности- у 23 студентов (57,5%), снижение аппетита -у 15 студентов (37,5%), а снижение концентрации и энергии - у 20 студентов (50%).



Эти показатели подтверждают, что депрессивные состояния у студентов медицинских вузов часто сопровождаются соматическими симптомами, связанными с высокой учебной нагрузкой и эмоциональным стрессом.

После одного сеанса арт-терапии и групповой психотерапии наблюдались следующие изменения:

Сравнительный анализ



Интерпретация: Синий столбец - показатели до терапии, оранжевый после терапии. X-ось: диапазоны баллов. Y-ось: количество человек в каждой категории

После проведения сеанса арт-терапии в сочетании с групповыми психотерапевтическими методиками наблюдались положительные изменения в психоэмоциональном состоянии участников. Доля студентов с нормальным эмоциональным состоянием увеличилась до 20 человек (50%), доля участников с выраженной депрессией снизилась до 2 студентов (5%), умеренная депрессия осталась у 6 студентов (15%), а лёгкая депрессия - у 12 студентов (30%).



Когнитивно-аффективные изменения после сеанса показали снижение пессимизма до 14 студентов (35%), уменьшение чувства несостоятельности до 10 студентов (25%), снижение уровня самокритики и чувства вины до 12 студентов (30%), уменьшение эмоциональной раздражительности до 8 студентов (20%) и снижение нерешительности и повышения мотивации до 11 студентов (27,5%). Групповая психотерапия усилила эффект арт-терапии, обеспечивая дополнительную эмоциональную поддержку, обмен опытом и улучшение навыков саморегуляции.

Соматические показатели также улучшились: нарушения сна отмечали 12 студентов (30%), утомляемость и снижение работоспособности - 14 студентов (35%), снижение аппетита - 8 студентов (20%), а снижение концентрации и энергии - 10 студентов (25%). После сеанса участники отметили снижение субъективной усталости, улучшение настроения и кратковременное повышение мотивации к учебной деятельности.

В целом, результаты исследования демонстрируют, что даже один сеанс арт-терапии в сочетании с групповыми психотерапевтическими методиками способен достоверно снизить выраженность когнитивно-аффективных и соматических проявлений депрессии у студентов медицинского университета. Это подтверждает данные литературы о высокой эффективности комбинированного психокоррекционного подхода для улучшения психоэмоционального состояния и повышения адаптивных ресурсов студентов [3, 4, 6, 8, 10].

Заключение

Проведённое исследование показало, что сеанс арт-терапии в сочетании с групповыми психотерапевтическими методиками способен достоверно улучшать психоэмоциональное состояние студентов 1-6 курсов НАО «МУС» и



снижать выраженность депрессивных симптомов. После сеанса увеличилась доля студентов с нормальным эмоциональным состоянием с 30% до 50%, а количество участников с лёгкой, умеренной и выраженной депрессией уменьшилось на 7,5-10% в каждой категории.

Когнитивно-аффективные показатели продемонстрировали снижение пессимизма, самокритики, чувства несостоятельности и эмоциональной раздражительности. Соматические проявления депрессии также уменьшились: студенты отметили снижение усталости, улучшение сна, повышение концентрации и кратковременное улучшение аппетита и общей работоспособности.

Результаты исследования подтверждают высокую эффективность комбинированного подхода, включающего арт-терапию и групповую психотерапию, как краткосрочного вмешательства для активизации внутренних ресурсов личности, эмоциональной саморегуляции и адаптации к высокой учебной нагрузке. Полученные данные обосновывают целесообразность внедрения подобных психокоррекционных методик в программы психоэмоциональной поддержки студентов медицинских университетов и служат базой для последующих исследований, направленных на изучение долговременного эффекта комбинированной терапии.

Источники и литература / Sources and references:

1. Art therapy-based interventions to address burnout and psychosocial distress in healthcare workers: a systematic review // BMC Health Services Research. - 2023. - Vol. 23. - P. 1059.
2. Creative art therapy for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis // PubMed. - 2024.



3. Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия // Дневник науки.. - 2020. - № 11 (47). - С. 13.
4. Joschko R., Klatte C., Grabowska W.A., et al. Active visual art therapy and health outcomes: a systematic review and meta-analysis // JAMA Network Open. - 2024. - Vol. 7, No. 9. - e2428709.
5. Quinn E.A., Millard E., Jones J.M. Group arts interventions for depression and anxiety among older adults: a systematic review and meta-analysis // Nature Mental Health. - 2025. - Vol. 2. - P. 112–128.
6. Reducing depression through art therapy techniques: systematic literature review // Anthropological Researches and Studies. - 2023. - P. 15-28.
7. Sarman A., Günay U. The Effect of Calligraphy as an Art Therapy Intervention Containing Religious Motifs on Anxiety and Depression in Adolescent Psychiatric Patients // Journal of Religion and Health. - 2023. - Vol. 62, No. 2. - P. 1269–1285.
8. The effects of visual art therapy on adults with depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis // PubMed. - 2024.
9. Wu C.J. Effectiveness of art therapy on emotional expression and self-worth in adults with depression // Psychology of Woman Journal. - 2024. - P. 55-68.
10. Zhang B., Yang L., Sun W., Xu P., Ma H., Abdullah A. B. The effect of the art therapy interventions to alleviate depression symptoms among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis // Clinics. - 2025. - Vol. 80. - P. 45–56.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАНИЧЕСКОЙ АТАКИ И КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Алмагамбетова А. А., Жумагалиев А.Г., Абдильманова А. С.,
Муратов М. А.

*Кафедры психиатрии и наркологии
НАО «Медицинский университет Семей»,
Республика Казахстан, г. Семей*

Аннотация. В статье представлен литературный обзор, посвящённый проблеме дифференциальной диагностики панических атак и кардиальной патологии. Рассмотрены клинические, патофизиологические и диагностические особенности Паническое расстройство и сердечно-сосудистых заболеваний, включая Острый коронарный синдром и Инфаркт миокарда. Проанализированы основные критерии различия данных состояний, включая характер болевого синдрома, длительность симптомов, провоцирующие факторы и сопутствующие проявления. Особое внимание уделено диагностическим методам, позволяющим исключить органическую патологию сердца. Рассмотрена роль психотерапевтических подходов, включая арт-терапию, в лечении тревожных расстройств. Показано, что комплексный междисциплинарный подход позволяет повысить точность диагностики, снизить риск диагностических ошибок и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: паническая атака, паническое расстройство, боль в грудной клетке, дифференциальная диагностика, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, тревожные расстройства, арт-терапия, психокардиология, кардиальная патология



Abstract. This article presents a literature review посвящённый проблеме дифференциальной диагностики панических атак и кардиальной патологии. The clinical, pathophysiological, and diagnostic features of panic disorder and cardiovascular diseases, including acute coronary syndrome and myocardial infarction, are discussed. The main criteria for distinguishing these conditions are analyzed, including the nature of pain syndrome, duration of symptoms, triggering factors, and associated manifestations. Special attention is paid to diagnostic methods that allow exclusion of organic heart pathology. The role of psychotherapeutic approaches, including art therapy, in the treatment of anxiety disorders is also considered. It is shown that a comprehensive multidisciplinary approach improves diagnostic accuracy, reduces the risk of diagnostic errors, and enhances patients' quality of life.

Keywords: panic attack, panic disorder, chest pain, differential diagnosis, coronary heart disease, myocardial infarction, anxiety disorders, art therapy, psychocardiology, cardiac pathology.

Введение

Боль в грудной клетке является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью как в амбулаторных условиях, так и в отделениях неотложной помощи. В клинической практике врачу нередко приходится проводить дифференциальную диагностику между психогенными состояниями и органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Наибольшие трудности возникают при разграничении проявлений Паническое расстройство и кардиальной патологии, поскольку клиническая картина этих состояний имеет значительное сходство [14], [3]. Паническая атака представляет собой эпизод внезапного интенсивного страха, сопровождающийся



выраженными вегетативными симптомами, такими как тахикардия, одышка и боль в грудной клетке [15].

Актуальность

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространённостью некардиальной боли в грудной клетке и значительным риском диагностических ошибок. По данным исследований, до 20–30% пациентов с жалобами на боль в грудной клетке имеют тревожные расстройства, включая паническое расстройство [1], [14]. Ошибочная интерпретация симптомов может приводить как к гипердиагностике сердечно-сосудистых заболеваний, так и к пропуску жизнеугрожающих состояний, таких как Инфаркт миокарда и Острый коронарный синдром [9], [10].

Цель работы

Провести анализ современных литературных данных по дифференциальной диагностике панических атак и кардиальной патологии с целью выявления ключевых клинических и диагностических критериев, позволяющих повысить точность постановки диагноза.

Задачи исследования

Изучить современные представления о патофизиологии панических атак. Рассмотреть клинические особенности сердечно-сосудистых заболеваний, сопровождающихся болью в грудной клетке. Проанализировать основные критерии дифференциальной диагностики панических атак и кардиальной патологии. Оценить роль инструментальных методов исследования в диагностике. Изучить эффективность психотерапевтических методов, включая арт-терапию, в лечении панических расстройств.



Методы исследования

Проведён анализ научной литературы по теме исследования с использованием баз данных (PubMed, Scopus, Google Scholar). Использованы методы систематизации, сравнительного анализа и обобщения данных современных клинических исследований, обзоров и метаанализов, посвящённых проблеме дифференциальной диагностики панических атак и кардиальной патологии.

Обсуждение

Патофизиология панических атак. Панические атаки развиваются вследствие дисрегуляции нейробиологических систем, участвующих в стресс-ответе организма. Ведущую роль играют лимбическая система, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось и симпатическая нервная система [8]. Активация симпатической нервной системы приводит к выбросу катехоламинов, вызывая тахикардию, гипервентиляцию и повышение артериального давления [15]. Гипервентиляция способствует развитию респираторного алкалоза, сопровождающегося головокружением и парестезиями, что усиливает тревожную симптоматику.

Кардиальная патология. Кардиальные заболевания являются ведущей причиной смертности и требуют первоочередного исключения при боли в грудной клетке. Наиболее значимыми являются ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром и инфаркт миокарда [9]. Боль при ишемии миокарда обычно носит давящий характер, локализуется за грудиной и сопровождается иррадиацией в левую руку или нижнюю челюсть [10]. В отличие от панических атак, кардиальная боль чаще связана с физической нагрузкой и имеет более длительный характер.



Дифференциальная диагностика. Ключевыми критериями дифференциальной диагностики являются характер боли, длительность симптомов, провоцирующие факторы и сопутствующие проявления. При панической атаке боль чаще колющая, кратковременная и сопровождается выраженной тревогой и гипервентиляцией [12]. При кардиальной патологии боль сжимающая, длительная и сопровождается вегетативными нарушениями, такими как холодный пот и слабость [9]. Важным этапом диагностики является проведение электрокардиографии и определение уровня тропонина для исключения ишемии миокарда.

Роль психотерапии и арт-терапии. Современные подходы к лечению панических расстройств включают не только фармакотерапию, но и психотерапевтические методы. Одним из перспективных направлений является арт-терапия, основанная на использовании творческой активности для коррекции эмоционального состояния. Исследования показывают, что арт-терапия способствует снижению уровня тревожности, улучшению эмоциональной регуляции и уменьшению соматических симптомов [16], [18], [19]. Кроме того, применение арт-терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями способствует снижению уровня стресса, что положительно влияет на прогноз заболевания [17], [21].

Кроме арт-терапии, значительную эффективность в лечении Панического расстройства демонстрируют когнитивно-поведенческая и гештальт-терапия. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является методом первой линии и направлена на выявление и коррекцию дисфункциональных мыслительных паттернов, лежащих в основе тревожных реакций. В рамках КПТ пациент обучается распознавать катастрофические интерпретации соматических симптомов (например, тахикардии как признака инфаркта) и заменять их более



реалистичными оценками, что приводит к снижению частоты и интенсивности панических атак. Также важным компонентом является экспозиционная терапия, направленная на снижение избежательного поведения.

Гештальт-терапия, в свою очередь, акцентирует внимание на осознании текущих эмоциональных переживаний и телесных ощущений. Данный подход способствует интеграции эмоционального опыта, снижению внутреннего напряжения и повышению уровня саморегуляции. У пациентов с паническими атаками гештальт-терапия помогает лучше осознавать связь между эмоциями и соматическими симптомами, что снижает выраженность тревожных реакций и кардиоподобных жалоб.

Таким образом, сочетание арт-терапии, когнитивно-поведенческой и гештальт-терапии обеспечивает комплексное воздействие на эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты тревожных расстройств.

Заключение

Дифференциальная диагностика панических атак и кардиальной патологии представляет собой сложную клиническую задачу, требующую междисциплинарного подхода. Сходство симптоматики обуславливает высокий риск диагностических ошибок. Ключевую роль играют тщательный анализ клинической картины, использование инструментальных методов диагностики и оценка психоэмоционального состояния пациента. Включение психотерапевтических методов, включая арт-терапию, позволяет повысить эффективность лечения и улучшить качество жизни пациентов. Включение различных психотерапевтических подходов, таких как арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия и гештальт-терапия, значительно повышает эффективность лечения панических расстройств.



Когнитивно-поведенческая терапия позволяет воздействовать на искажённые когнитивные установки и снижать катастрофизацию симптомов, гештальт-терапия способствует осознанию и переработке эмоционального опыта, а арт-терапия обеспечивает безопасное выражение эмоций и снижение уровня стресса. Комплексное применение данных методов позволяет не только уменьшить частоту панических атак, но и снизить выраженность соматических симптомов, что особенно важно при дифференциальной диагностике с кардиальной патологией.

Источники и литература / Sources and references:

- [1] Abbing A., Ponstein A., van Hooren S. [et al.]. The effectiveness of art therapy for anxiety in adults // *PLOS ONE*. – 2018. – V. 13.
- [2] Barsky A.J. Panic disorder, palpitations, and awareness of cardiac activity // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1994. – V. 182. – p. 63–71.
- [3] Beitman B.D. Panic disorder in patients with chest pain // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1991. – V. 52. – p. 19–23.
- [4] Cleveland Clinic. How to tell the difference between a panic attack and a heart attack. – 2024.
- [5] Esler M. Mental stress and human cardiovascular disease // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2017. – V. 74. – p. 269–276.
- [6] Fleet R.P., Beitman B.D. Cardiovascular death from panic disorder? // *American Journal of Psychiatry*. – 1998. – V. 155. – p. 867–874.
- [7] Foldes-Busque G. Panic disorder in noncardiac chest pain // *Psychosomatics*. – 2012. – V. 53. – p. 321–330.
- [8] Haeyen S. Art therapy for anxiety disorders // *Arts in Psychotherapy*. – 2018. – V. 57. – p. 80–89.



- [9] Huffman J.C., Pollack M.H., Stern T.A. Panic disorder and chest pain: mechanisms, morbidity, and management // *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. – 2002. – V. 4, №2. – p. 54–62.
- [10] Lichtman J.H. Depression and coronary heart disease // *Circulation*. – 2014. – V. 129. – p. 1350–1369.
- [11] Malchiodi C.A. Handbook of art therapy // *Guilford Press*. – 2012.
- [12] Meuret A.E. Hyperventilation in panic disorder // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – V. 30. – p. 299–310.
- [13] Memon M.A. Panic disorder differential diagnoses // *Medscape*. – 2024.
- [14] Potokar J.P., Nutt D.J. Chest pain: panic attack or heart attack? // *International Journal of Clinical Practice*. – 2000. – V. 54, №2. – p. 110–114.
- [15] Roy-Byrne P.P. Panic disorder and chest pain // *Psychosomatic Medicine*. – 1998. – V. 60. – p. 213–214.
- [16] Sandmire D.A. The effectiveness of art therapy // *Art Therapy*. – 2012. – V. 29. – p. 107–118.
- [17] Stuckey H.L., Nobel J. The connection between art, healing, and public health // *American Journal of Public Health*. – 2010. – V. 100. – p. 254–263.
- [18] Thyme K.E. Art therapy improves coping and reduces stress // *Psycho-Oncology*. – 2009.
- [19] Uttley L. Systematic review of the clinical effectiveness of art therapy // *Health Technology Assessment*. – 2015.
- [20] Tully P.J., Cosh S.M., Baumeister H. The anxious heart in whose mind? // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2013. – V. 74. – p. 93–95.
- [21] Soares-Filho G.L.F., Arias-Carrión O., Santulli G. [et al.]. Chest pain, panic disorder and coronary artery disease: a systematic review // *CNS & Neurological Disorders Drug Targets*. – 2014. – V. 13, №6. – p. 992–1001.



КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПСИХОТРАВМЫ

Анохина П. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Аннотация. В данной статье рассмотрены когнитивно-эмоциональные механизмы, которые опосредуют переход психического страдания в соматическую симптоматику у лиц, перенёвших психологическую травму. Цель работы – выявить ключевые предикторы (когнитивные искажения и особенности эмоциональной регуляции), влияющие на развитие психосоматических реакций. Также определено, что такое когнитивно-эмоциональные предикторы, психосоматические реакции и психологическая травма.

Ключевые слова: предикторы, когнитивные предикторы, эмоциональные предикторы, психотравма, взаимосвязь, психосоматические реакции.

COGNITIVE AND EMOTIONAL PREDICTORS OF PSYCHOSOMATIC REACTION IN PEOPLE WITH THE CONSEQUENCES OF PSYCHOTRAUMA

Anokhina P. V.

Department of Clinical Psychology

Kursk State Medical University, Russia, Kursk.

Abstract. This article examines the cognitive-emotional mechanisms that mediate the transition of mental suffering into somatic symptoms in people who have suffered psychological trauma. The aim of the work is to identify key predictors (cognitive distortions and features of emotional regulation) that influence the development of psychosomatic reactions.



Keywords: predictors, cognitive predictors, emotional predictors, psychotrauma, interrelation, psychosomatic reactions.

Введение

Изучение взаимосвязи между психотравматическим опытом и последующим развитием психосоматических реакций представляет значительный научный и практический интерес в контексте современной клинической психологии. В условиях роста психогенно обусловленных заболеваний особую актуальность приобретает выявление специфических когнитивно-эмоциональных механизмов, которые опосредуют переход психического страдания в соматическую симптоматику.

Особого внимания заслуживает исследование таких ключевых предикторов, как особенности когнитивного стиля и характеристики эмоциональной регуляции. Выявление их роли в формировании психосоматических реакций позволит оптимизировать процесс реабилитации пациентов с последствиями психотравмы.

Понятие «когнитивные искажения» было введено Д. Канеманом и А. Тверски в 1972 г. Под когнитивными ошибками (искажениями) понимаются «систематические ошибки в мышлении или шаблонные отклонения, которые возникают на основе дисфункциональных убеждений, внедренных в когнитивные схемы, и которые легко обнаруживаются при анализе автоматических мыслей». Таким образом, речь идет не о случайных ошибках, а о таких, которые предсказуемо возникают в одних и тех же обстоятельствах [1].

В психологии эмоциональные предикторы – это факторы, которые, по мнению исследователей, определяют эмоциональные реакции на ситуацию, её когнитивную оценку и выбор тех или иных стратегий совладания [2].



Эмоциональная дисрегуляция – это нарушение способности адекватно регулировать интенсивность, продолжительность и выражение эмоциональных реакций [5].

Психологическая травма – это глубокое эмоциональное потрясение, вызванное переживанием угрожающего события или ситуации, с которой человек не может справиться [3]. Она запускает каскад психологических механизмов, ведущих к психосоматической реакции. Пережив травмирующее событие, человек проходит через ряд стадий, причём процесс не линейен: возможны регрессии и «застревания» на отдельных этапах из-за триггеров или неполной проработки травмы.

Психосоматические реакции – это кратковременные изменения различных систем организма, которые возникают под влиянием психологических факторов, такие как стресс, тревоги или депрессия. Такие реакции не являются стойкими изменениями, но при продолжительном и частом повторении могут стать органическим [4].

Проблема исследования звучит следующим образом: какие когнитивные искажения и особенности эмоциональной регуляции являются наиболее значимыми предикторами развития психосоматических реакций у лиц, перенесших психологическую травму, и как эти предикторы взаимодействуют между собой?

Объекты и методы исследования

Объект исследования – когнитивно-эмоциональные процессы.

Предмет исследования – когнитивно-эмоциональные (такие как когнитивные ошибки, руминация, избегание, трудности ментализации), их взаимосвязь с выраженностью и спецификой психосоматических реакций у лиц с последствиями психотравмы.



Гипотезой исследования выступает предположение о том, что у лиц с последствиями психотравмы тяжесть психосоматической реакции определяются комплексом когнитивно-эмоциональных предикторов.

Исследование проводилось на базе Курского государственного медицинского университета ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. Выборку составило: 51 человек. Из них 4 человека ответило «Нет ситуации», поэтому выборку составило 47 человек. Формирующей переменной выступил уровень соматизации. Группу людей, уровень соматизации которых был низким и умеренным составило 20. Группу людей, где уровень соматизации был высоким и очень высоким составило 27.

Методы исследования:

- Психодиагностические методы;
- Статистические методы;
- Клинико-психологические методы;
- Методы теоретического анализа.

Для исследования были использованы следующие методики:

1. Международный опросник травмы (MOT) (International trauma questionnaire - ITQ):

Авторы: М. Клойтр, М. Шевлин, К. Р. Бревин, Дж. И. Биссон, Н. П. Робертс, А. Меркер, Т. Каратзиас, П. Хайланд (2018);

Адаптация: М. А. Падун и др. (2022).

2. Шкала соматических симптомов (Somatic Symptom Scale, SSS-8):

Авторы: Бенджамин Гирк, Себастьян Кольман, Курт Кронке, Лена Спангенберг, Маркус Зенгер, Эльмар Брелер, Бернд Леве. (2014);

Адаптация: А. А. Золотарева (2022).

3. Опросник когнитивных ошибок (Cognitive Mistakes Questionnaire, CMQ):



Авторы: А. Фримен, Р. Девольф (1992);

Адаптация: А. Е. Бобров, Е. В. Файзрахманова (2017).

4. Опросник эмоциональной дисрегуляции:

Авторы: Н. А. Польская, А. Ю. Разваляева (2017)

Количественный анализ данных осуществлялся с использованием методов математической статистики; статистическая программа STATISTICA 10.0 StatSoft.

Результаты и их обсуждение

Выборка исследования состоит из 47 человек. Средний возраст которых равен 20 годам. Все испытуемые являются девушками. У респондентов, при помощи международного опросника травмы, уточнялась их психологическая травма. На основе полученных данных, их можно классифицировать:

1. Нарушение доверия – 16 (34,04%):
 - Ссоры с близкими – 8 (17,02%).
 - Измена партнёра и расставание – 5 (10,64%);
 - Обман мошенниками – 3 (6,38%);
2. Насилие и жестокое обращение – 9 (19,15%):
 - Физическое/сексуальное насилие – 4 (8,51%);
 - Неблагополучная семейная обстановка – 4 (8,51%).
 - Психологическое насилие – 1 (2,13%);
3. Угрозы безопасности и здоровья: атаки БПЛА, болезни – 8 (17,02%);
4. Нарушение самореализации: не сдача экзамена; большая учебная нагрузка; невозможность заниматься спортом – 6 (12,77%);
5. Утрата – 4 (8,51%):
 - Смерть близких – 3 (6,38%);
 - Потеря домашних животных – 1 (2,13%).

6. Психические склонности: РПП, навязчивые воспоминания и сны – 4 (8,51%)

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что чаще встречается такая группа травм, как нарушение доверия – 16 случаев (34,04%) (Рис. 1 - частота встречаемости травм)



Рис. 1 - частота встречаемости травм.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы. Показатель морализации ($p\text{-level} = 0,018470$) оказался выше у студентов с высоким уровнем соматизации. У них прослеживается стремление контролировать окружение через моральные оценки. В результате хроническое напряжение, вызванное ригидными моральными суждениями, находится выход через телесные проявления, тем самым становясь основой для соматизации.



Значимая связь обнаружена и с катастрофизацией ($p\text{-level} = 0,034978$). Это говорит о том, что такие люди постоянно ожидают наихудшего развития событий в отношении жизни. Подобное мышление создаёт устойчивый тревожный фон, который может транслироваться в телесные симптомы.

Выученная беспомощность ($p\text{-level} = 0,020137$), также коррелирует с высоким уровнем соматизации. Такие люди склонны обесценивать собственные ресурсы. Эта пассивная позиция способствует закреплению психосоматических реакций. Формируется замкнутый цикл: переживаемый стресс приводит к бездействию, что только усугубляет ощущение плохого самочувствия.

Ещё одним значимым предиктором соматизации является гипернормативность ($p\text{-level} = 0,014172$). Жёсткое следование нормам может подавлять эмоции. Конфликт между реальными переживаниями и «идеальным» поведением становится источником телесных симптомов.

Среди эмоциональных предикторов выделяется руминация ($p\text{-level} = 0,002502$). Застревание на негативных мыслях усиливает эмоциональный дистресс. Это поддерживает хроническое возбуждение вегетативной нервной системы, тем самым провоцируя телесные реакции, такие как: боли, нарушения сна.

Показатель избегания ($p\text{-level} = 0,011822$) также значимо связан с соматизацией. Стремление избежать болезненных переживаний и ситуации, которые вызывают тревогу, не устраняет стресс, а лишь смещает его фокус. Телесные симптомы при этом могут становиться социально приемлемым способом выражения подавленных эмоций.

Заключение

В ходе теоретического анализа установлено, что психосоматические реакции представляют собой телесное выражение психологического



неблагополучия, которое возникает под влиянием стресса, тревоги, депрессии и когнитивных искажений. Выявлено, что когнитивно-эмоциональные предикторы включают когнитивные ошибки, а также эмоциональные паттерны.

Были выявлены особенности когнитивно-эмоциональных предикторов психосоматической реакции у лиц с последствиями психотравмы. Установлено, что у лиц с высоким уровнем соматизации достоверно чаще встречаются такие шкалы как катастрофизация, морализация, выученная беспомощность, гипернормативность, руминация, избегания).

У испытуемых с низким и умеренным уровнем соматизации эти показатели значимо ниже, что подтверждает связь тяжести психосоматических реакций с выраженностью когнитивно-эмоциональных нарушений.

Эти результаты свидетельствуют о том, что у лиц с выраженной соматизацией наблюдается:

- Склонность к катастрофическому мышлению и преувеличению угрозы;
- Тенденция к пассивности и обесцениванию собственных возможностей;
- Чрезмерная ориентация на моральные нормы и правила;
- Застревание на негативных переживаниях;
- Избегание эмоционально насыщенных переживаний.

В ходе работы была статистически подтверждена гипотеза о том, что тяжесть психосоматических реакций определяется комплексом когнитивно-эмоциональных факторов.



Источники и литература / Sources and references:

1. Боброва Л.А. Когнитивные искажения. (Обзор) // Отечественная и зарубежная литература. Серия 3: Философия. – 2021. – № 2. – С. 69–79. DOI: 10.31249/rphil/2021.02.04.
2. Падун М. А., Котельникова А. В. «Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика». - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012.
3. «Эмоциональный стресс: психологические механизмы, клинические проявления, психотерапия», авторы: Соколова Е. Д., Березин Ф. Б., Барлас Т. В.. — Materia Medica, 1996, №1, с. 5–25.
4. «Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике», сборник научных статей, под общей редакцией акад. РАН Мазурова В. И.. - СПб.: изд-во «Альта Астра», 2015.

ВНУТРЕННИЙ КОМФОРТ КАК КОМПОНЕНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОСТИ

Валиуллина Е. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Внутренний комфорт как структурный компонент психологической безопасности возникает при удовлетворении базовой потребности в безопасности. Проявляется внутренний комфорт состоянием спокойствия, удовлетворения, умиротворения, стабильности и равновесия. Содержание внутреннего комфорта характеризуется наличием нескольких



взаимосвязанных и взаимодополняющих друг друга элементов — психологического, физического, эмоционального и социального комфорта.

Ключевые слова: внутренний комфорт, безопасность, психологическая безопасность, психологический комфорт, потребности в безопасности.

INTERNAL COMFORT AS A COMPONENT OF PERSONAL PSYCHOLOGICAL SECURITY

Valiullina E.V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Inner comfort, as a structural component of psychological security, arises when the basic need for safety is satisfied. Inner comfort manifests itself as a state of calm, satisfaction, peace, stability, and balance. The content of inner comfort is characterized by the presence of several interconnected and mutually reinforcing elements—psychological, physical, emotional, and social comfort.

Keywords: internal comfort, safety, psychological safety, psychological comfort, security needs.

Введение

Наращение спектра угроз современного мира сделало крайне актуальными исследования в области проблем психологической безопасности человека. Понятие «безопасность» в данном контексте означает наличие определенных физических и психологических условий, необходимых для жизнедеятельности человека. Проблемы психологической безопасности связаны с непосредственными угрозами психическому здоровью и благополучию человека, а также с теми факторами, которые оказывают влияние на ощущение психологической защищенности.



В работах И. А. Басовой (2011, 2024) «психологическая безопасность личности – это психическое состояние, позволяющее сохранять устойчивость в среде с определенными параметрами, в том числе с психотравмирующими воздействиями, обеспечивающее сопротивляемость деструктивным внешним и внутренним воздействиям, отражающееся в переживании свой защищенности/незащищенности в конкретной жизненной ситуации» [1, с. 9].

В конструкте «психологическая безопасность» традиционно выделяют несколько ключевых компонентов: морально-коммуникативный, мотивационно-волевой, ценностно-смысловой и внутренний комфорт [5, 8]. Компонент внутреннего комфорта психологической безопасности проявляется в переживании безопасности, отсутствии тревоги, депрессии, ощущении субъективного благополучия, удовлетворенности жизнью, уверенности в себе и в собственных возможностях. Н. Е. Харламенкова (2019) отмечает, что «внутренний комфорт возникает при удовлетворении потребности в безопасности, при достижении состояния спокойствия, стабильности, равновесия, которые нечасто сохраняются на продолжительное время» [6, с. 29].

Объекты и методы исследования

Объект исследования: внутренний комфорт как компонент психологической безопасности, предмет исследования: психологическое содержание и характеристики внутреннего комфорта. Методы исследования – краткий обзор литературы по проблемам психологической безопасности, обсуждение публикаций по вопросам внутреннего (психологического) комфорта, обобщение полученных данных.

Результаты и их обсуждение

Внутренний комфорт как компонент психологической безопасности личности характеризуется несколькими аспектами:



Эмоциональный аспект (эмоциональный комфорт) – баланс эмоциональной сферы: внутреннее спокойствие, эмоциональная стабильность, внутренняя гармония и умиротворение; эмоциональная саморегуляция, способствующая адаптивному реагированию на жизненные события. В работе Р.М. Райан и Э.Л. Деси (2001) отмечается, что «внутренний комфорт, духовное развитие, удовлетворенность качеством жизни позволяют человеку чувствовать себя счастливым, что делает субъективное благополучие личности эмоционально положительным» [9]. Е. П. Ильин (2011) приводит классификацию эмоций Б. И. Додонова и указывает, что т.н. гедонистические эмоции, связанные с удовлетворением потребности в телесном и душевном комфорте, «выражаются в наслаждении приятными физическими ощущениями от вкусной пищи, тепла, солнца и т.д., в чувстве беззаботности и безмятежности, в неге («сладкой лени»), в легкой эйфории, в сладострастии» [4, с. 75].

Эмоциональная саморегуляция включает способность человека управлять своими эмоциями, регулировать их интенсивность и применять конструктивные способы их выражения. Конструктивное выражение эмоций предполагает перенаправление энергии эмоций «в другое русло» для предотвращения накопления внутреннего эмоционального напряжения, например, общение, творчество, физическая нагрузка.

Физический аспект (физический комфорт) – комплексное состояние систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, мышечной и гормонального фона), обеспечивающее телесное расслабление, отсутствие напряжения, свободное движение и активность. Состояние, при котором человек чувствует себя «удобно», физически безопасно и расслаблено по различным телесным ощущениям. Регулярная физическая активность стимулирует выделение естественных гормонов «счастья» – эндорфинов, что улучшает общий



фон настроения и способствует эффективному физическому расслаблению. К элементам физического комфорта можно отнести – оптимальный температурный режим; эргономическую организацию пространства; удобство положения тела; качество воздуха, акустики и освещения. Комфортная эргономическая организация пространства включает эффективность использования метража помещений и физическую безопасность интерьера (отсутствие узких проходов, скользких покрытий, острых углов).

Психологический аспект (психологический комфорт) – субъективное восприятие благополучия, охватывающие волевые и когнитивные процессы: позитивный настрой, положительное самовосприятие и самооценка; ясность мыслительной деятельности, оптимальность функционирования свойств внимания, воображения, восприятия и памяти. Субъективное благополучие К. Д. Райфф (1995) определяет как когнитивно-аффективную оценку ситуации на «благополучную» или «неблагополучную» [10]. Р. А. Шамионов (2008) «субъективное благополучие» трактует через «собственное отношение человека к своей личности, жизни и процессам, имеющим важное для личности значение с точки зрения усвоенных нормативных представлений о благополучной внешней и внутренней среде, и характеризуется переживанием удовлетворенности» [7]. К проявлениям когнитивного аспекта внутреннего комфорта можно отнести: устойчивое и сконцентрированное внимание на решении актуальных задач, при этом достаточный уровень переключаемости внимания между различными видами деятельности. Эффективная работа памяти от процесса запоминания новой информации до процесса воспроизведения, а также формирование устойчивых связей между разными блоками информации. Когнитивный комфорт обеспечивается гибкостью и креативностью мышления,



снижением когнитивной ригидности и уменьшением влияния отрицательных установок, а также оптимизацией процессов обработки информации.

Социальный аспект (социальный комфорт) – функционирование коммуникативной сферы: конструктивные межличностные отношения, открытое и аутентичное взаимодействие, эмпатия в общении. Аутентичность в общении определяет особое состояние, при котором человек осознает, что происходит в процессе общения и действует на свое усмотрение, но при этом остается максимально честным как с собой, так и с собеседником, проявляя искренность и открытость, ощущая внутренний комфорт. Эмпатию в общении рассматривают как «способность понимать чувства, переживания и эмоции другого человека» [2, 3]. В процессе общения эмпатия помогает сглаживать конфликтные ситуации, выстраивать доверительные отношения, проявлять сочувствие и сопереживание, а также оказывать необходимую социальную поддержку в сложных жизненных обстоятельствах. В свою очередь социальная поддержка выступает эффективным ресурсом для удовлетворения жизненно важных потребностей и приобретения «внутреннего равновесия» и «внутреннего комфорта». Социальная поддержка может принимать различные формы, это и непосредственная эмоциональная поддержка, информационная или практическая (физическая либо материальная) поддержка.

Заключение

Востребованность исследований по вопросам психологической безопасности и ее структурных компонентов обусловлена современными вызовами, социальными ситуациями, опасными порой условиями жизнедеятельности общества. Внутренний комфорт выступает структурным компонентом психологической безопасности личности и характеризуется, в



свою очередь, наличием физического, эмоционального, психологического и социального комфорта.

Эмоциональный аспект внутреннего комфорта предполагает баланс эмоциональной сферы и эффективную эмоциональную саморегуляцию; физический аспект – комплексное состояние систем организма и телесное расслабление; психологический аспект состоит в субъективном восприятии благополучия, охватывающее волевую и когнитивную сферы; социальный аспект внутреннего комфорта характеризуется конструктивными межличностными отношениями и реальной возможностью получить социальную поддержку.

Источники и литература / Sources and references:

1. Баева И. А. Психологическая безопасность образовательной среды: становление направления и перспективы развития // Экстремальная психология и безопасность личности. 2024. Т.1 № 3. С. 5-19.
2. Валиуллина Е. В. Волевой потенциал личности и реализация потребностей в саморазвитии // Научно-методический электронный журнал Концепт. 2020. № 3. С. 86-91.
3. Валиуллина Е. В. Психологические свойства личности и уровень асертивности // Научное мнение. 2018. № 4. С. 37-41.
4. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб.: «Питер», 2011. 175 с.
5. Проблемы психологической безопасности личности в экстремальных условиях жизнедеятельности // Психологическая газета. URL: <https://psy.su/feed/10545/> (Дата обращения: 10.03.2026).
6. Харламенкова Н. Е. Понятие психологической безопасности и его обоснования с разных научных позиций // Психологический журнал. 2019. - С. 28-37.



7. Шамионов Р. М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. Саратов: Изд-во «Научная книга», 2008. 296 с.
8. Koteneva A.V., Litvinova A.V., Kokurin A.V. Volitional component of the personality's psychological safety of physicians and their professional success // E3S Web of Conferences. 2020. Vol. 210. 10 p.
9. Ryan R. M., Deci E. L. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonia well-being // Annual Review Psychology. 2001. № 52. P. 141-166.
10. Ryff C. D. The structure of psychological well-being revisited // Journal of Personality and Social Psychology. 1995. Vol. 69. P. 719-727.

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Валиуллина Е. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Копинг-стратегии как сознательные и целенаправленные действия направлены на преодоление стресса или сложной жизненной ситуации. В работе представлены результаты исследования копинг-стратегий у лиц юношеского и молодого возраста при помощи «Опросника совладания со стрессом» (COPE). Результаты исследования свидетельствуют, что молодые люди чаще используют копинги, сфокусированные на проблеме, реже – копинги, направленные на избегание проблемы.

Ключевые слова: стресс, копинг-поведение, копинг-стратегии, совладающее поведение, совладание со стрессом.



STRATEGIES FOR COPING WITH STRESS IN YOUTH

Valiullina E.V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Coping strategies, as conscious and purposeful actions, are aimed at overcoming stress or a difficult life situation. This paper presents the results of a study of coping strategies in adolescents and young adults using the Coping with Stress Inventory (COPE). The study's findings indicate that young people more often use problem-focused coping strategies and less often use avoidance-focused coping strategies.

Keywords: stress, coping behavior, coping strategies, coping behavior, coping with stress.

Введение

Исследование стратегий поведения человека в стрессовых, экстремальных, сложных жизненных ситуациях актуально в различных областях науки – психологии, социологии, педагогике, философии, менеджменте и других. Копинг-поведение выступает одним из ведущих способов человека справиться со стрессом, а изучение стратегий совладающего поведения способствует пониманию механизмов адаптации в трудных ситуациях. С. К. Нартова-Бочавер отмечает, что «стресс – это в первую очередь, индивидуальное его восприятие и выработка личных способов совладания с ним; это часть не только социального дискурса, но также – личного нарратива (...) люди практически обречены на совладание со стрессом, но у каждого своя траектория» [6, с. 9].

В научный оборот термин «копинг-стратегии» (англ. *coping strategy*, *coping* – «справляться», «выдерживать») ввел R. Lazarus. Под такими



стратегиями он понимал «способы адаптироваться к стрессовым ситуациям, выраженных через мысли, чувства и действия», а также «непрерывно меняющиеся попытки в когнитивной и поведенческой областях справиться со специфическими внешними или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека» [10]. «Психологические свойства личности оказывают влияние на формирование такой способности человека как адаптивность, именно на основе таких качеств и свойств вырабатываются адекватные оптимальным условиям способы деятельности и поведения человека для нормализации своего взаимодействия со средой» [3, с. 106].

Копинг-поведение как сознательное поведение человека направлено на активное изменение ситуации, если ситуация поддается контролю или адаптация, приспособление к ситуации, если ситуация неконтролируема человеком. Целью любого копинг-поведения является снижение эмоционального напряжения и поддержание психологического равновесия. Следует отметить, что копинг-стратегии не всегда осознаются человеком, некоторые из них формируются автоматически в процессе жизненного опыта и используются человеком «по привычке».

Объекты и методы исследования

Объект исследования: копинг-стратегии, предмет исследования: особенности выбора копинг-стратегий в юношеском и молодом возрасте. Методы исследования – теоретический анализ литературы по вопросам стресса, обзор публикаций проблем копинг-стратегий, психологическое тестирование, интерпретация и обобщение полученных данных. Респондентами исследования стали юноши и девушки в возрасте от 17 до 23 лет, всего было опрошено 52



человека. Психодиагностика проведена при помощи «Опросника совладания со стрессом» (COPE) [7].

Результаты и их обсуждение

Методика COPE (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory) С. S. Carver, M. F. Scheier, J. K. Weintraub (в адаптации Т. О. Гордеевой, Е. Н. Осина, Е. И. Рассказовой) опирается на подход Р. Лазаруса и позволяет исследовать широкий круг копинг-стратегий. Условно спектр изучаемых копинг-стратегий можно разделить на несколько групп: копинги, сфокусированные на проблеме; копинги, сфокусированные на эмоциях; копинги, сфокусированные на социальной поддержке в решении проблемы; копинги, направленные на избегание проблемы.

Копинги, сфокусированные на проблеме

Копинг-стратегия «Активное совладание» (среднее значение в проведенном исследовании $3,52 \pm 0,43$) отражает активные шаги или прямые действия, направленные на преодоление стрессовой ситуации (например, активные попытки изменить ситуацию, решить проблему или устранить источник стресса). В характеристиках параметров трудных жизненных ситуаций выделяют: интенсивность, продолжительность, неподконтрольность события и невозможность влиять на сами обстоятельства. Такие характеристики могут быть дифференцированы на два уровня: объективный и субъективный. По мнению Л. И. Анцыферовой: «Понятие субъективной трудности связано с введением параметра субъективной оценки события, которая определяется в первую очередь значимостью ситуации для человека» [1, с. 4].

«Планирование решения проблемы» (среднее значение $3,55 \pm 0,51$) как копинг-стратегия включает: размышление о том, что следует предпринять; обдумывание того, как действовать в отношении трудной жизненной ситуации;



разработку различных стратегий поведения в сложившихся обстоятельствах. Стратегия носит активный характер, направлена на решение конкретной проблемы и изменение самой ситуации. «Подавление конкурирующей деятельности» (среднее значение $3,21 \pm 0,59$) – одна из адаптивных копинг-стратегий, содержит избегание занятием другими видами деятельности, игнорирование других вещей, отвлекающих внимание, для полного сосредоточения на решении актуальной ситуации.

Копинги, сфокусированные на эмоциях

Стратегия «Позитивное переформулирование и личностный рост» (среднее значение $3,43 \pm 0,42$) отражает попытки индивида переосмыслить саму стрессовую ситуацию в положительном ключе. Его стремление позитивно посмотреть на причины, следствия или полученный опыт. Личностный рост рассматривают как непрерывный процесс саморазвития, раскрытия внутреннего потенциала человека, а также как позитивные изменения его личности, получение общих знаний, профессиональных компетенций и т.д.

Копинг-стратегия «Сдерживание совладания» (среднее значение $2,91 \pm 0,63$) предполагает ожидание подходящего момента для действий, а также воздержание от слишком поспешных, необдуманных и импульсивных действий. Целью такой стратегии является желание минимизировать остроту негативных переживаний за счет самоконтроля эмоций или изменения субъективного восприятия ситуации. Эффективность стратегии сдерживания совладания зависит от контролируемости ситуации в целом: если ситуацию можно контролировать, то вероятно активное изменение, если контроль невозможен – необходима адаптация и принятие. Копинг-стратегия «Принятие» (среднее значение $3,28 \pm 0,61$) обеспечивает принятие человеком реальности произошедшего, стрессовой ситуации. В теории Р. Лазаруса описана копинг-



стратегия «принятие ответственности», которая предполагает признание человеком собственной роли и личной ответственности в возникшей сложной ситуации, а также ориентирование на активное решение проблемы, изменение обстоятельств произошедшего.

Стратегия совладания, связанная с обращением к помощи Бога, вере и религии «Обращение к религии» (среднее значение $2,49 \pm 1,18$) или «Религиозный копинг» относят к условно адаптивным вариантам в познавательной (когнитивной) сфере, т.к. задействует разные формы мышления – суждения, умозаключения, которые направлены на оценку трудностей по сравнению с другими жизненными событиями. Известна классификация религиозного копинга, предложенная К. Паргаментом. Автор выделяет совместный религиозный копинг (предполагает решение психологических проблем совместно с Богом); подчиненный религиозный копинг (включает предоставление своих проблем воле Бога); самостоятельный религиозный копинг (характеризуется стремлением самостоятельно решить проблему, без обращения к Богу).

Копинг-стратегия «Юмор» (среднее значение $2,76 \pm 0,77$) отражает попытку человека справиться с трудными ситуациями при помощи смеха. Такая стратегия призвана снизить остроту переживания, для более объективной оценки ситуации; искусственно создать «дистанцию» между человеком и ситуацией; нивелировать энергию агрессии, а также нейтрализовать психологические защиты других людей причастных к ситуации. R. Martin выделяет четыре стиля юмора на основе его объекта и положительного/отрицательного характера: аффилиативный и самоподдерживающий (адаптивные стили, которые могут способствовать эффективной регуляции эмоций и продуктивному социальному



взаимодействию); агрессивный и самоуничтожительный (дезадаптивные стили, которые менее эффективны для совладающего поведения) [9].

Копинги, сфокусированные на социальной поддержке

Стратегия «Концентрация на эмоциях и их активное выражение» (среднее значение $3,1 \pm 0,55$) основана на фокусировке сознания человека на неприятных эмоциях, неприятностях и выражении чувств. «Возраст юности является сензитивным периодом для развития эмоционального интеллекта, когда происходит становления эмоциональной культуры личности» [4]. «Показатели управления своими эмоциями чаще находятся на стадии формирования и наибольшее количество юношей и девушек имеют низкий уровень развития этого параметра» [5, с. 85].

«Поиск социальной поддержки инструментального характера» как копинг-стратегия (среднее значение $3,21 \pm 0,74$) подразумевает стремление человека получить совет, конкретную помощь (например, финансовую или физическую) или информацию. «Поиск социальной поддержки по эмоциональным причинам» (среднее значение $3,27 \pm 0,71$) фиксирует стремление найти эмоциональную и моральную поддержку, сочувствие и понимание. Эмоциональная и инструментальная социальная поддержка выступают т.н. социально-ориентированными копинг-стратегиями.

Копинги, направленные на избегание проблемы

«Мысленный уход от проблемы» (среднее значение $2,57 \pm 0,51$) предполагает использование различных видов активности для отвлечения от неприятных мыслей, связанных с проблемой – фантазирование, сон и т.д. Кстати, согласно создателям адаптации методики COPE Т. О. Гордеевой и соавторов, женщины чаще, чем мужчины прибегают к стратегии «мысленного ухода от проблемы», а также чаще выбирают «концентрацию на эмоциях и их активное



выражение» и поиск социальной поддержки (как эмоциональной, так и поддержки инструментального характера) [8].

«Отрицание» (среднее значение $2,38 \pm 0,84$) как копинг-стратегия защитного характера фиксирует отказ верить в случившееся или попытки отрицать его реальность. Так же защитной копинг-стратегией выступает «Поведенческий уход от проблем» (среднее значение $1,76 \pm 0,54$) характеризует отказ от достижения целей и регулирование усилий, направленных на взаимодействие со стрессором. «Механизмы защиты способствуют уменьшению эмоционального напряжения, тревоги, делают возможным сохранение уравновешенности структуры личности. С другой стороны, психологической ценой такого преодоления являются искажения, фальсифицированная картина ситуации либо ее игнорирование» [2].

«Использование успокоительных» (среднее значение $1,04 \pm 0,11$) подразумевает прием алкоголя, лекарственных или наркотических средств в качестве способа избегания проблемы и «улучшения самочувствия». Стратегия не направлена на решение проблемы и является неадаптивным вариантом совладания. В качестве причин выбора человеком неадаптивных стратегий копинга исследователи указывают: игнорирование проблемы, попытку «уйти от реальности» и элементарную привычку. Неадаптивные стратегии могут принести временное облегчение, но в долгосрочной перспективе только усугубят ситуацию, приводя к ухудшению эмоционального фона, сужению многих возможностей человека или могут стать реальным препятствием на пути к разрешению проблемы.

Полученные результаты свидетельствуют, что респонденты проведенного исследования чаще используют копинги, сфокусированные на проблеме ($n = 3,42$), а в меньшей степени склонны выбирать копинги, направленные на



избегание проблемы ($n = 1,99$). Копинги, сфокусированные на эмоциях ($n = 2,97$) и копинги, сфокусированные на социальной поддержке ($n = 3,19$) набрали промежуточные значения в данном исследовании. Что касается конкретных копинг-стратегий, то отпрошенные молодые люди чаще применяют стратегии «Активного совладания» ($n = 3,52$) и «Планирования решения проблемы» ($n = 3,55$). Копинг-стратегии «Обращение к религии» ($n = 2,49$), «Отрицание» ($n = 2,38$) и «Использование успокоительных» ($n = 1,04$) являются наименее встречаемыми в ответах респондентов исследования.

Заключение

Под копинг-стратегиями понимают целенаправленные и сознательные действия человека для преодоления стресса, сложных жизненных ситуаций и обстоятельств. Целью копинг-поведения выступает нахождение выхода из сложившегося положения, снижение эмоционального напряжения, сохранение психологического благополучия.

В проведенном исследовании у молодых людей наиболее выражены стратегии совладания со стрессом направленные на планирование дальнейших действий, активное совладание с ситуацией и подавление конкурирующей деятельности, т.е. копинги, сфокусированные на самой проблеме. При этом для респондентов исследования в меньшей степени свойственно обращение к религии, отрицание ситуации и употребление «успокоительных» средств, т.е. копинги, направленные на избегание проблемы.

Полученные результаты могут быть полезны специалистам помогающих профессий, специалистам при проведении коррекционной, терапевтической и психологической работе в выборе наиболее эффективных индивидуальных методов, а также итоги работы могут быть использованы при исследованиях в области социальной, возрастной, общей, когнитивной психологии.



Источники и литература / Sources and references:

1. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – № 1. – С. 3-19.
2. Битюцкая Е. В. Современные подходы к изучению совладания с трудными жизненными ситуациями // Вестн. моск. ун-та. сер. Психология. – 2011. – № 1. – С. 100-111.
3. Валиуллина Е. В. Гендерные особенности психических состояний в юношеском возрасте // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – № 11 (ноябрь). – С. 106-112.
4. Валиуллина Е. В. Исследование влияния уровня конфликтности на психологические свойства личности // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. – 2019. – №4. – С. 1-11.
5. Валиуллина Е. В. Компоненты эмоционального интеллекта в юношеском возрасте // Вестник Белгородского института развития образования. – 2020. – Т. 7. – № 3 (17). – С. 85-93.
6. Нартова-Бочавер С. К. Стресс и антистресс в современных исследованиях // Человек. – 2023. – Т. 34. – № 4. – С. 7-10.
7. Опросник совладания со стрессом, COPE. – URL: <https://psytests.org/coping/cope.html> (Дата обращения: 06.10.2025).
8. Рассказова Е. И., Гордеева Т. О., Осин Е. Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2013. – Т. 10, № 1. – С. 82-118.
9. Martin Rod A. The psychology of humor: an integrative approach Amsterdam [etc.]: Elsevier. – Питер, 2009. – 478 с.



10. Richard S Lazarus | Psychologist. – URL:
<https://kuakua.app/docs/psychologists/Richard-S-Lazarus> (Дата обращения:
08.10.2025).

КОМОРБИДНОСТЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

Ванюков В. В., Ванюкова Д. А.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, Россия, г. Пермь
Пермское региональное отделение Совета молодых ученых Российского
общества психиатров, Россия, г. Пермь*

Аннотация. В настоящей статье дана оценка взаимосвязи синдрома эмоционального выгорания и расстройств пищевого поведения у специалистов экстремального профиля. Исследованы релевантные источники литературы, в полной мере отвечающие исследовательскому запросу. В ходе анализа литературных данных продемонстрировано, что синдром эмоционального выгорания является важной составляющей коморбидной патологии, отмечаемой у работников экстремальных профессий, наравне с расстройствами пищевого поведения. Освещение данной проблемы в научном обществе позволит сформировать пул методов и практик, необходимых для профилактики патологических состояний у данных лиц, что позволит повысить их работоспособность и предотвратить ухудшение психического и соматического состояний здоровья.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, расстройства питания, коморбидность, служба спасения, экстремальные ситуации, врачи, военнослужащие.



COMORBIDITY OF BURNOUT AND EATING DISORDERS IN EXTREME SPECIALISTS

Vanyukov V.V., Vanyukova D.A.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Perm State Medical University

named after Academician E.A. Wagner, Russia, Perm

Perm Regional Branch of the Council of Young Scientists

of the Russian Society of Psychiatrists, Russia, Perm

Abstract. This article provides an assessment of the relationship between burnout syndrome and eating disorders in extreme specialists. The relevant literature sources that fully meet the research request are investigated. The analysis of literature data has demonstrated that burnout syndrome is an important component of comorbid pathology observed in workers in extreme professions, along with eating disorders. The coverage of this problem in the scientific community will make it possible to form a pool of methods and practices necessary for the prevention of pathological conditions in these individuals, which will improve their performance and prevent deterioration of mental and somatic health conditions.

Keywords: emotional burnout, eating disorders, comorbidity, rescue service, extreme situations, doctors, military personnel.

Введение

Синдром эмоционального выгорания и расстройства пищевого поведения в последнее время являются часто употребляемыми терминами и не менее часто проявляемыми патологическими состояниями с явной дуальной природой. Корень проблемы расстройств эмоциональной сферы и нарушений в качестве и количестве приемов пищи, а также отношения к собственному телу находится в сфере психической функции человека. Основные проявления же имеют



отчетливые соматические компоненты, например, ощущение перебоев в работе сердца, ускоренное сердцебиение, тошнота, потливость и иные симптомы. Стоит отметить, что такие незначительные и рутинные для жителя урбанизированной местности ситуации, как инсомния, вынужденное голодание, следование веяниям моды, поздний прием пищи, формируют стойкие медленно прогрессирующие нарушения в эмоциональной сфере и индивидуальных стереотипах пищевого поведения.

К факторам, провоцирующим формирование и неуклонное развитие синдрома эмоционального выгорания, относятся низкая оплата труда, отсутствие дружественной атмосферы в коллективе, отсутствие должной физической активности, отсутствие времени на самореализацию и хобби, пребывание на рабочем месте сверх установленного норматива по трудовому графику [10].

Чаще всего данное патологическое состояние характерно для сотрудников профессий типа «человек-человек», а именно врачей, психологов, педагогов, юристов, офисных работников, директоров компаний, менеджеров. Выделяют 3 основные фазы развития синдрома: нервного напряжения, резистенции и истощения, которые не сопровождаются патогномичными симптомами. В картине состояния наблюдаются диссомнии, повышенная тревожность, раздражительность, апатия, заторможенность, снижение или резкое нарастание аппетита (ведущее к нервной булимии и компульсивному перееданию), головные боли и антисоциальные установки [10].

Нарушения пищевого поведения встречаются немного реже и по большей части наблюдаются у представительниц женского пола, что многие ученые связывают с веяниями моды, в том числе с появлением в 1990-х и господством в 2010-х годах культа худобы [14]. К расстройствам пищевого поведения относят



целый пул состояний, характеризующийся типом приема пищи и его влиянием на состояние организма. Чаще всего встречаются нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание, избегание/ограничение приема пищи, реже – пикацизм и мерицизм [20]. Чрезмерное употребление пищи, превышающей необходимый калораж и соотношение макронутриентов или, наоборот, резкое ограничение пищевого рациона приводят к дистрессу организма и, как следствие, к метаболическим нарушениям и изменениям не только массы и формы тела, но и психического паттерна пищевого поведения.

Синдром эмоционального выгорания и расстройства пищевого поведения часто сопровождают друг друга. Так, например, некоторые авторы отмечают явную коморбидность двух патологических состояний у студентов медицинского вуза [8]. Сфера медицины считается одной из самых напряженных профессиональных сред не только в России, но и за рубежом. Постоянно растущий поток пациентов, ночные дежурства, отсутствие свободного времени на отдых и хобби формируют у медицинских сестер и врачей нарушения в регуляции эмоционального поведения. Точно такие же нарушения характерны и для других работников экстремальных профессий, например, специалистов службы спасения, представителей правоохранительных органов, службы исполнения наказаний и иных, связанных с напряженным трудом, профессий.

Цель обзора - оценить взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания и расстройств пищевого поведения у специалистов экстремального профиля.

Объекты и методы исследования

Настоящий обзор выполнен в соответствии с принципами нарративного анализа научной литературы. Поиск релевантных публикаций проводился в РИНЦ (eLibrary.ru) и CyberLeninka с глубиной охвата 2021-2026 гг. с приоритетом для последних 3-х лет. В РИНЦ (eLibrary.ru) выполнен поиск



литературных источников посредством применения встроенного поискового алгоритма «Нейропоиск» по настоящему названию статьи с критериями «Год публикации: за последние 5 лет (с 2021 года)» и «Тип публикации: статья в журнале; статья в сборнике трудов конференции». Поиск в CyberLeninka осуществлялся по ключевым словам на русском языке: «эмоциональное выгорание», «пищевое поведение», «расстройства приема пищи», «экстремальные профессии». Релевантность источников проверена путем поверхностной (анализ аннотаций и ключевых слов) и глубокой (полный анализ текстов статей) проверок.

Результаты и их обсуждение

Синдром эмоционального выгорания и расстройства пищевого поведения чаще всего встречаются в профессиональной среде медицинских работников. Более того, исследования данных патологических состояний нередко проводятся уже и на студентах-медиках, которые в силу совокупности причин рано начинают вести трудовую деятельность в качестве младшего и среднего медицинского персонала.

В описательном одномоментном исследовании с участием 100 студентов ФГБОУ ВО «ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера» города Перми со средним возрастом $21,96 \pm 2,63$ года были обнаружены статистически значимые различия при анализе показателей наличия синдрома эмоционального выгорания ($p < 0,05$). У студенток 2 курса значимо были выражены показатели эмоционального истощения ($22,95 \pm 8,05$), деперсонализации ($8,92 \pm 5,73$) и системный индекс синдрома перегорания ($0,37 \pm 0,12$).

У студенток 5 курса данные значения были выше. Это свидетельствует о том, что симптоматика синдрома эмоционального выгорания нарастает с переходом на старшие курсы, то есть с увеличением учебной нагрузки и стажа



работы в должности среднего медицинского персонала. У мужчин 2 и 5 курсов не удалось выявить статистически значимых различий. Вероятно, развитие патологического состояния у студенток медицинского университета обусловлено нереализованностью в финансово-социальном и репродуктивном аспектах жизнедеятельности, в то время как у мужчин оно связано с ощущением собственной некомпетентности, отсутствием достаточного уровня финансирования, профессиональной нереализованностью, связанной с длительным периодом обучения.

Расстройства пищевого поведения достигли средней выраженности, но статистически значимы не были [3, 7, 8]. Описаны также статистические корреляции между наличием синдрома эмоционального выгорания и избыточной массы тела у студентов. У лиц с проявлениями дефицита в эмоциональной сфере чаще регистрируется индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м² [5].

Попова Н.И. и соавторы в поперечном исследовании на 120 студентах медицинского университета продемонстрировали воздействие расстройств пищевого поведения на качество питания и количество приемов пищи [14]. У студентов-медиков старших и младших курсов были средне выражены все показатели оценочной шкалы, однако статистически значимые различия между группами обнаружены только по субшкале «Перфекционизм» ($p < 0,031$). При этом респонденты оценили свое здоровье как «хорошее» и «удовлетворительное». В работе отмечены положительные моменты. Так, для студентов обеих исследуемых групп характерно ежедневное употребление свежих фруктов и овощей, а также частое использование в своем рационе молочных и кисломолочных продуктов. Все же отмечены и негативные моменты: обучающиеся младших курсов употребляют рыбу и блюда из рыбы



менее 1 раза в месяц в отличие от старшекурсников ($p < 0,05$). Вновь показаны взаимосвязи в наличии расстройств пищевого поведения и нарушений в режиме питания и качестве потребляемой пищи. Однако четких критериев воздействия в исследовании не получено, сделан вывод о влиянии высокой внеучебной нагрузки, отсутствия времени на полноценный прием пищи, отсутствие достаточных финансовых средств [4, 14].

Щербинина С.Д. и соавторы в исследовании на 201 студенте 1 и 6 курсов медицинского университета разных факультетов в возрасте от 17 до 28 лет продемонстрировали, что у респондентов с психодиагностически выявленными депрессивными симптомами встречаются расстройства пищевого поведения в виде высоких значений по концептам «Неэффективность», «Недоверие в межличностных отношениях», «Интероцептивная некомпетентность». Причем для студентов 6 курса характерны «Булимия» и «Неудовлетворенность телом», а для 1 курса – «Недоверие в межличностных отношениях». При этом при стратификации по полу у мужчин чаще наблюдались проблемы в зонах ответственности, компетентности и эффективности, в то время как женщины имели выраженные показатели расстройств пищевого поведения по концептам, связанным с отношением к собственному телу и красоте. Кроме того, авторы отметили, что существует связь между наличием нарушений в паттерне питания и наличии депрессивной симптоматики [19, 20]. У людей с депрессивной симптоматикой, склонных к суицидальным мыслям, также отмечается высокий риск развития пищевых расстройств [6].

В статье Крючковой А.А. и соавторов сообщается о выраженности синдрома эмоционального выгорания у работников паллиативных служб. Медицинские работники паллиативной помощи находятся в группе высокого риска по развитию данного патологического состояния. Приведены данные о



том, что от 3 до 66% работников в своей деятельности сталкиваются с выгоранием. Причем разницы между средним медицинским персоналом и врачами не выявлено. Предикторами в данном случае выступают черты личности, характеризующиеся эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, высокой степенью доброжелательности и добросовестности, а также высокий темп работы, большое количество рабочих часов, отсутствие поддержки руководства. Именно для врачей паллиативной помощи присущи экзистенциальные дефициты, связанные с профилем работы и особым контингентом больных. Также описаны влияния вторичного травматического опыта, возникающего на фоне страданий и смертей пациентов, и усталости от постоянного сострадания. В качестве профилактики эмоционального выгорания представлены методы коррекции отношения к себе, внешним обстоятельствам и межличностному взаимодействию [13].

В статье «Синдром эмоционального выгорания у специалистов центра медицины катастроф» продемонстрированы результаты опроса 32 работников центра медицины катастроф. Отмечено, что у врачей сформированный синдром эмоционального выгорания наблюдался в 21,8%, а развивающийся в 12,5%. В 65,6% отсутствовали признаки формирующегося синдрома. Основным фактором высокой вероятности развития эмоционального выгорания у работников службы медицины катастроф является 9-летний профессиональный стаж трудовой деятельности. Показано, что с увеличением стажа работы происходит рост числа экстремальных ситуаций, которые и оказывают негативное влияние на эмоциональный фон работника. Для профилактики необходимы восстановительные мероприятия и психологическое сопровождение [17].

В связи с актуальностью данной проблемы у всех представителей медицинского профессионального сообщества, необходимы четко



разработанные алгоритмы ранней диагностики, лечения и профилактики синдрома эмоционального выгорания и расстройств пищевого поведения. В обзорной статье Коротецкая А.Я. и соавторы, ссылаясь на авторитетные источники, с терапевтической целью предлагают ряд методов, включающий консультацию психолога или психиатра, применение медикаментозной терапии, групповую поддержку, гипнотерапию, дыхательную гимнастику. В качестве профилактики авторы рекомендуют улучшение материально-технических условий на работе, четкое соблюдение времени на труд и отдых, налаживание дружественной и поддерживающей атмосферы в коллективе [10].

Сединина Н.С. и соавторы в литературном обзоре предлагают ряд терапевтических подходов к лечению расстройств пищевого поведения. Предложены основные психотерапевтические методы: групповая психотерапия, семейная психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, интерперсональная психотерапия, использование гипносуггестивной терапии. В статье отмечено, что фармакотерапия имеет вспомогательный эффект, дополняющий психотерапевтические методы. Часто применяются антидепрессанты группы селективного ингибитора обратного захвата серотонина. С профилактической целью авторы рекомендуют придерживаться рационального питания, избегая крайностей в виде голодания или переедания, активизировать физическую активность, медитацию. Большая роль отведена санитарно-просветительской работе в школах и университетах [16].

Данные патологические состояния встречаются не только в сфере здравоохранения. Так, например, Худалова М.З. и соавторы в исследовании на 105 респондентах продемонстрировали, что для пожарных-спасателей характерен самый наименьший процент сформировавшихся симптомов эмоционального выгорания (5,5 %). Однако все показатели соответствовали



стадии истощения, поэтому работники характеризуется безэмоциональным участием и неспособны сопереживать. Такие специалисты со временем становятся чрезмерно грубыми, безучастными, раздражительными и обидчивыми. У пожарных спасателей также с повышением стажа возрастает риск синдрома эмоционального выгорания. График работы не оказывает влияния на эмоциональное состояние. Кроме того, 80% пожарных-спасателей не осознают наличие стресса в своей работе, остальные 20% - закрываются от окружающих, перестают сопереживать, отзываться на ситуации, эмоционально реагировать на некоторые аспекты своей профессиональной деятельности. Награждение и поощрение от руководства снижает уровень тревоги [18].

В исследовании Котовской С.В. на 679 специалистах экстремальных профессий продемонстрировано, что врачи службы медицины катастроф, военнослужащие, военные диспетчеры, летчики, моряки-надводники, моряки-подводники, пожарные, специалисты по утилизации отработанного топлива рыбаки тралового флота и участники боевых действий резко подвержены синдрому эмоционального выгорания, проявления которого становятся более выраженными с увеличением стажа трудовой деятельности. Так, например, продолжительность деятельности в течение 25-30 лет характеризуется выраженным эмоциональным дефицитом (до 14,2 %), снижением барьеров в деловой коммуникации (до 9,0 %), циничности (до 10,4 %), психосоматических и психовегетативных нарушений (до 3,6 %). На протяжении службы у данных специалистов наблюдается перманентная тенденция к увеличению циничности в межличностном взаимодействии и нивелированию устоявшихся норм. Раньше всего (уже через 10 лет работы) возникает эмоциональная отстраненность и переутомление [11, 12].



Исследование Влах Н.И. и соавторов на 968 респондентах (медицинских работников и работников правоохранительных органов) продемонстрировало, что у работников «помогающих» профессий и связанных с экстремальными условиями наблюдаются проявления эмоционального выгорания в ценностно-смысловой сфере, самоотношении, отношении к окружающим. Эмоциональное выгорание отрицательно связано с решением экзистенциальных проблем. Выяснено, что склонность к патологическому состоянию возникает у людей с низкой эмоциональной чувствительностью, интровертированностью, неудовлетворенностью отношением к работе [9].

В статье «Взаимосвязь психоэмоционального состояния с проявлением синдрома эмоционального выгорания у сотрудников ФСИН» показано, что 85,2 % сотрудников испытывают стресс в профессиональной деятельности. У 67,3 % сотрудников ФСИН эмоциональное выгорание затрагивает не только отношение к работе, но и близким людям, родственникам. Одним из факторов развития данного состояния служит психическое напряжение, возникающее из-за специфик работы в условиях постоянного стресса и регулярного контакта с психотравмирующими ситуациями. Важным профилактическим мероприятием авторы считают улучшение психоэмоционального климата в учреждениях ФСИН [1].

Свечканев А.Д. в своем исследовании на 60 юристах приводит следующие данные. Высокий уровень выгорания определен у 7 юристов (12 %), средний уровень выявлен у 31 человека (52 %), низкий уровень – у 22 человек (36 %). Эмоциональное истощение высокого уровня встречается в 26 % случаев, высокий уровень деперсонализации в 21 %, высокие показатели редукции профессиональных достижений встречаются лишь в 11 % случаев. Очень часто данные нарушения приводят к формированию в среде юристов цинизма,



замкнутости, формализма, обвинительного уклона в общении, что характерно для работников правоохранительных служб [15].

По верному замечанию Большаковой В.А., профилактика эмоционального выгорания – это целый комплекс мер, направленных на снижение вероятности развития и прогрессирования данного состояния. К важнейшим условиям профилактики эмоционального выгорания у работников экстремальных профессий относятся: выявление групп риска, диагностика признаков выгорания, выявление предикторов, принятие мер по устранению их воздействия, коррекция личностных деформаций. Необходимо получение навыков эмоциональной перезагрузки, снятия стресса, освобождение времени для хобби, отдыха и спорта. Важно уметь разделять профессиональное и личное пространство, обязанности и время. Следует находить время для прогулок, общения с друзьями и родственниками [2].

Заключение

Синдром эмоционального выгорания и расстройства пищевого поведения часто встречаются в среде работников, чьи профессии связаны с экстремальными условиями труда. К таким сферам деятельности можно отнести медицину, службы спасения, правоохранительные органы, военные учреждения. Среди всех профессий больший процент эмоциональных расстройств встречается у врачей и среднего медицинского персонала. Кроме того, исследования на студентах-медиках показали, что проблема выгорания и нарушения пищевого поведения имеют раннее начало в сфере здравоохранения. Данные патологические состояния приводят к развитию социальной отгороженности, редукции профессиональных достижений, агрессии, равнодушию к своей деятельности и окружающим людям, формируются расстройства питания, изменение в рационе и паттернах пищевого поведения, что характеризуется



перееданием и набором веса, либо голоданием вплоть до развития анорексии. Лечение эмоционального выгорания и расстройств пищевого поведения начинается с ранней диагностики, психодиагностических тестирований, консультаций психолога или психотерапевта с проведением последующих сеансов психотерапевтического лечения и возможным назначением медикаментозных средств поддержки. Ключевыми методами профилактики являются сохранение дружественного климата в коллективе, снижение нагрузки сверх трудового графика, разделение времени труда и отдыха, прогулки, занятия спортом и хобби, разговоры с друзьями и родными.

Источники и литература / Sources and references:

1. Баиртова О.А., Дармаева С.А., Мануева Р.С. Взаимосвязь психоэмоционального состояния с проявлением синдрома эмоционального выгорания у сотрудников ФСИН // Эпомен: медицинские науки. 2025. № 24. С. 34-42.
2. Большакова В.А. Профилактика и коррекция синдрома выгорания // Тенденции развития науки и образования. 2021. № 76-2. С. 117-119. DOI 10.18411/lj-08-2021-65.
3. Ванюков В.В. Выраженность синдрома эмоционального выгорания и расстройства пищевого поведения у студентов медицинского университета // Научная сессия ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера: Материалы научно-практической конференции с международным участием студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет), Пермь, 18–19 апреля 2024 года. Пермь: Пермский национальный исследовательский политехнический университет. 2024. С. 253-254.
4. Ванюков В.В., Бронникова О.В., Голядинец Д.А. Выраженность психодиагностически выявленных расстройств пищевого поведения у студентов



медицинского университета // Научная сессия ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера: Материалы научно-практической конференции студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет) и школы «Перспективные достижения молодых ученых для практического здравоохранения», Пермь, 17-19 апреля 2025 года. Пермь: Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера. 2025. С. 45-46.

5. Ванюков В.В., Бронникова О.В., Голядинец Д.А. Синдром эмоционального выгорания и лишний вес у студентов // Научная сессия ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера: Материалы научно-практической конференции студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет) и школы «Перспективные достижения молодых ученых для практического здравоохранения», Пермь, 17-19 апреля 2025 года. Пермь: Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера. 2025. С. 50-51.

6. Ванюков В.В., Голядинец Д.А. Анализ факторов риска развития пищевых расстройств у людей с непсихотическими заболеваниями и склонностью к суицидальным мыслям // Научная сессия ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера: Материалы научно-практической конференции студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет) и школы «Перспективные достижения молодых ученых для практического здравоохранения», Пермь, 17-19 апреля 2025 года. Пермь: Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера. 2025. С. 54-55.

7. Ванюков В.В., Малютина Н.Н., Сединина Н.С. Особенности расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания у студентов // Приоритетные направления медицины труда. Корпоративное здоровье и профессиональное долголетие: Материалы всероссийской научно-



практической конференции с международным участием, Пермь, 20 марта 2025 года. Пермь: Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера. 2025. С. 34-40.

8. Ванюков В.В., Сединина Н.С., Малютина Н.Н., Минхазева Э.М. Психодиагностическая оценка выраженности признаков расстройств пищевого поведения и синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинского университета // Вестник психотерапии. 2024. № 92. С. 34-43. DOI 10.25016/2782-652X-2024-0-92-34-43.

9. Влах Н.И., Данилов И.П., Гугушвили М.А., Логунова Т.Д. Специфика синдрома эмоционального выгорания у представителей «помогающих» профессий // Медицина труда и промышленная экология. 2021. Т. 61, № 8. С. 503-509. DOI 10.31089/1026-9428-2021-61-8-503-509.

10. Коротецкая А.Я., Ванюков В.В., Голядинец Д.А., Сединина Н.С. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной среде медицинских работников // Рефлексия. 2025. № 1. С. 41-46.

11. Котовская С.В. Особенности формирования фазы резистенции синдрома эмоционального выгорания у специалистов экстремального профиля в зависимости от стажа профессиональной деятельности // Мир науки. Педагогика и психология. 2021. Т. 9, № 4. С. 1-10.

12. Котовская С.В. Системные особенности эмоционального выгорания у специалистов экстремального профиля // Системная психология и социология. 2021. № 3(39). С. 72-81. DOI 10.25688/2223-6872.2021.39.3.6.

13. Крючкова А.А., Суханова Е.И. Экзистенциальные дефициты, вторичный травматический стресс и усталость от сострадания как предикторы формирования синдрома эмоционального выгорания у врачей паллиативных служб // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. 2025. № 2(27). С. 43-50.



14. Попова Н.И., Ванюков В.В., Бронникова О.В., Голядинец Д.А. Влияние расстройств пищевого поведения на качество питания студентов медицинского университета // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2025. № 6. С. 6-11.
15. Свечканев А.Д. Синдром эмоционального выгорания в среде профессиональных юристов // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2024. № 2. С. 119-129.
16. Сединина Н.С, Веретенникова Е.Р., Сайпашева Л.Р., Ванюков В.В. Расстройства пищевого поведения у студентов медицинских вузов, их диагностика, методы лечения и профилактики // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. 2024. № 12. С. 29-36.
17. Фомина О.О., Тетушкина А.С. Синдром эмоционального выгорания у специалистов центра медицины катастроф // Молодежный инновационный вестник. 2023. Т. 12, № S2. С. 153-155.
18. Худалова М.З., Гагиев А.Г., Лалетина А.М. Синдром эмоционального выгорания у представителей разных профессий // Russian Journal of Education and Psychology. 2022. Т. 13, № 6. С. 168-180. DOI 10.12731/2658-4034-2022-13-6-168-180.
19. Щербина С.Д., Ванюков В.В., Талейко Е.А., Голядинец Д.А., Суханова О.С. Расстройства пищевого поведения и выраженность депрессивных симптомов у студентов медицинских вузов // Актуальные проблемы исследования массового сознания: Материалы 8-й Международной научно-практической конференции, Пенза, 21-22 марта 2025 года. Пенза: Издательство «Перо». 2025. С. 248-266.
20. Щербина С.Д., Ванюков В.В., Талейко Е.А., Голядинец Д.А., Суханова О.С. Проявления расстройства пищевого поведения и депрессивных



симптомов у студентов медицинских вузов // Научная сессия ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера: Материалы научно-практической конференции студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет) и школы «Перспективные достижения молодых ученых для практического здравоохранения», Пермь, 17-19 апреля 2025 года. Пермь: Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера. 2025. С. 336-337.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ БУДУЩИХ ПРОФЕССИОНАЛОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ

Гавалян Д. А.

*Кафедра специальной педагогики и естественнонаучных дисциплин
Филиал ГБОУ ВО «Ставропольский государственный
педагогический институт». Россия, г. Будёновск*

Аннотация. В данной статье рассматривается психологическая готовность студентов, обучающихся по специальности «психология», к профессиональной деятельности в условиях экстремальных ситуаций. Актуальность исследования обусловлена возрастанием числа кризисных ситуаций, требующих от специалистов высокой степени адаптивности и устойчивости. В статье анализируются ключевые аспекты, влияющие на формирование психологической готовности, а также предлагаются рекомендации для образовательных учреждений.

Ключевые слова: психологическая готовность, экстремальные ситуации, студенты-психологи, образовательные организации.



PSYCHOLOGICAL STABILITY OF FUTURE PROFESSIONALS IN EXTREME SITUATIONS

Gavalyan D. A.

Department of Special Pedagogy and Natural Sciences

Branch of the Stavropol State Pedagogical Institute in Budennovsk

Abstract. This article examines the psychological readiness of students studying in the specialty «psychology» for professional activity in extreme situations. The relevance of the study is due to the increasing number of crisis situations that require a high degree of adaptability and resilience from specialists. The article analyzes the key aspects influencing the formation of psychological readiness, and also offers recommendations for educational institutions.

Keywords: psychological readiness, extreme situations, psychology students, educational organizations.

Введение

Экстремальные ситуации представляют собой особые условия, в которых индивид сталкивается с кризисными обстоятельствами, требующими быстрой адаптации и принятия решений. В психолого-педагогической литературе данное понятие занимает важное место, так как такие ситуации могут оказывать значительное влияние на психологическое состояние и поведение человека, особенно в контексте образовательного процесса. Экстремальные ситуации, такие как катастрофы, стихийные бедствия и кризисы, требуют от психологов не только теоретических знаний, но и практических навыков, позволяющих эффективно реагировать на стрессовые условия. Психологическая готовность включает в себя эмоциональную, когнитивную и поведенческую составляющие, которые формируются в процессе обучения и практической деятельности [1].



Экстремальные ситуации характеризуются высокой степенью неопределенности, стрессом и потенциальной угрозой для жизни или здоровья. Они могут возникать как в повседневной жизни, так и в образовательной среде, например, в условиях катастроф, конфликтов или других кризисов [2, с. 134]. Эти ситуации требуют от человека не только физической, но и психологической устойчивости, что делает их предметом изучения для психологов и педагогов.

Исследования в области экстремальных ситуаций

Среди ученых, исследующих экстремальные ситуации, можно выделить несколько ключевых фигур. Например, А. А. Ковалев в своих работах акцентирует внимание на психологических механизмах, которые активируются в условиях стресса. Он подчеркивает, что в экстремальных ситуациях особую роль играет эмоциональная регуляция и способность к быстрой адаптации.

Другим важным исследователем является В. Н. Дружинин, который изучал влияние экстремальных условий на процесс обучения и воспитания. В своих работах он указывает на то, что экстремальные ситуации могут как негативно, так и позитивно влиять на развитие личности, формируя у учащихся навыки критического мышления и стрессоустойчивости.

Также стоит отметить работы Е. А. Климова, который исследовал влияние экстремальных ситуаций на профессиональную подготовку и адаптацию студентов. Он утверждает, что такие условия могут способствовать развитию профессиональных компетенций, необходимых для успешной карьеры.

Психологическая готовность студентов-психологов включает в себя несколько ключевых компонентов.

Во-первых, это эмоциональная устойчивость, позволяющая справляться с высоким уровнем стресса. Во-вторых, когнитивная гибкость, необходимая для быстрой адаптации к изменяющимся условиям.



Во-вторых, наличие практических навыков, таких как эффективное общение и работа в команде, что критически важно в экстремальных условиях [4, с. 68].

На формирование психологической готовности студентов влияют различные факторы, включая:

1. Образовательные программы. Включение в учебный процесс курсов, посвященных кризисной психологии и практическим занятиям, помогает студентам развивать необходимые навыки.

2. Практический опыт. Участие в стажировках и волонтерских проектах, связанных с работой в экстренных ситуациях, способствует укреплению уверенности и навыков.

3. Личностные качества. Индивидуальные характеристики, такие как уровень стресса, эмоциональный интеллект и мотивация, также играют важную роль в готовности к работе в сложных условиях.

В современном мире, где кризисы и экстремальные ситуации становятся все более распространенными, возрастает необходимость в подготовке специалистов, способных эффективно реагировать на такие вызовы. Психологи играют ключевую роль в поддержании психоэмоционального здоровья людей в условиях стресса и травмы. В связи с этим образовательные организации и учебные программы должны адаптироваться и внедрять практико-ориентированные подходы, чтобы подготовить студентов к реальным условиям работы [3, с. 45].

Образовательные учреждения являются основными платформами для формирования профессиональных навыков студентов-психологов. Они должны обеспечивать не только теоретическую базу, но и практические навыки, необходимые для работы в экстремальных ситуациях. Важно, чтобы учебные



программы включали курсы, направленные на развитие стрессоустойчивости, навыков кризисного вмешательства и психологической помощи в условиях катастроф.

Внедрение практико-ориентированных курсов в учебные программы является одним из ключевых аспектов подготовки студентов. Такие курсы могут включать симуляции кризисных ситуаций, ролевые игры и тренинги, которые позволят студентам отработать свои навыки в безопасной среде. Это поможет им не только лучше понять теоретические аспекты своей профессии, но и научиться применять их на практике.

Организация стажировок и волонтерских программ в кризисных ситуациях играет важную роль в подготовке студентов-психологов. Участие в реальных проектах позволяет студентам получить ценный опыт работы с клиентами, находящимися в состоянии стресса, и научиться взаимодействовать с другими специалистами в команде. Эти практические навыки крайне важны для будущей профессиональной деятельности и помогают формировать уверенность в своих силах.

Таким образом, образовательные организации и учебные программы имеют решающее значение в подготовке студентов-психологов к работе в экстремальных ситуациях. Внедрение практико-ориентированных курсов, а также организация стажировок и волонтерских программ позволяют формировать необходимые навыки и уверенность у будущих специалистов. Это, в свою очередь, способствует повышению качества психологической помощи в условиях кризисов и катастроф, что является важной задачей современного общества.



Заключение

Таким образом, понятие экстремальных ситуаций в психолого-педагогической литературе охватывает широкий спектр исследований, направленных на понимание их влияния на личность и образовательный процесс. Работы таких ученых, как А. А. Ковалев, В. Н. Дружинин и Е. А. Климов, подчеркивают важность изучения этих условий для повышения эффективности обучения и воспитания в условиях кризиса.

Психологическая готовность студентов-психологов к работе в экстремальных ситуациях является важным аспектом их подготовки. Образовательные учреждения должны уделять внимание разработке программ, направленных на формирование необходимых навыков и качеств. Это позволит будущим специалистам более эффективно справляться с вызовами, которые могут возникнуть в их профессиональной деятельности.

Таким образом, формирование психологической готовности студентов-психологов является ключевым элементом их профессиональной подготовки, что в свою очередь способствует повышению качества психологической помощи в экстремальных ситуациях.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ахмадуллина Э.А. Оказание психологической помощи людям, попавшим в чрезвычайные ситуации [Электронный ресурс] // Теория и практика психотерапии. Научнопрактический журнал. – Электрон. дан. – [Б.м.], 2015–2019. – URL: <https://psychotherapy.ruspsy.net/article.php?post=683> (дата обращения: 08.05.2026).
2. Гилязова С.В. Психология экстремальных и кризисных ситуаций. Нарративный обзор / С.В. Гилязова // Психология, психиатрия, наркология XXI века: первые шаги в науку и практику: Сборник материалов Всероссийской



междисциплинарной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Кемерово, 28 ноября 2024 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2024. – С. 132-140.

3. Добрынина А.А. Психологическая готовность студентов медицинского вуза к оказанию помощи в экстремальных ситуациях / А. А. Добрынина // Студенческая наука – 2024: Материалы Всероссийского научного форума студентов с международным участием, Санкт-Петербург, 18–19 апреля 2024 года. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 2024. – С. 43-46.

4. Лигун М.О. Психологические аспекты воздействия чрезвычайных ситуаций на человека / М.О. Лигун, Т.С. Степанова // Научное обоснование стратегии цифрового развития АПК и сельских территорий : Материалы Национальной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения доктора технических наук, профессора, академика ВАСХНИЛ (РАСХН) Г.Е. Листопада, Волгоград, 07–08 декабря 2023 года. – Волгоград: Волгоградский государственный аграрный университет, 2024. – С. 66-71.

ПРИЗНАКИ ТРАВМАТИЗАЦИИ В РИСУНКАХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРИГРАНИЧНЫХ РАЙОНАХ

Гаджиева А. М.

Кафедра психиатрии и психосоматики

ФБГОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования признаков психологической травматизации у детей младшего подросткового возраста, проживающих в приграничных районах. Теоретической



основой выступили положения теории травмы и теории привязанности. С помощью проективных методик (Д. Бака «Дом-дерево-человек» и К. Махвер «Нарисуй человека») были выявлены характерные символические маркеры травматизации в рисунках детей. Установлены статистически значимые различия между группой детей с травматическим опытом и контрольной группой. Полученные результаты могут быть использованы для ранней диагностики эмоционального неблагополучия и разработки программ психологической помощи.

Ключевые слова: психологическая травма, травматизация, проективные методики, детские рисунки, приграничные районы, младший подростковый возраст, ПТСР, привязанность.

SIGNS OF TRAUMATIZATION IN DRAWINGS OF CHILDREN OF EARLY ADOLESCENT AGE LIVING IN BORDER AREAS

Gadzhieva A. M.

*Department of Psychiatry and Psychosomatics
Kursk State Medical University, Russia, Kursk*

Abstract. The article presents the results of an empirical study of signs of psychological traumatization in children of early adolescent age living in border areas. The theoretical basis was the provisions of trauma theory and attachment theory. Using projective techniques (J. Buck's «House-Tree-Person» and K. Machover's «Draw-A-Person»), characteristic symbolic markers of traumatization in children's drawings were identified. Statistically significant differences were found between the group of children with traumatic experience and the control group. The obtained results can be used for early diagnosis of emotional distress and development of psychological assistance programs.



Keywords: psychological trauma, traumatization, projective techniques, children's drawings, border areas, early adolescence, PTSD, attachment.

Введение

Актуальность темы исследования обусловлена ростом числа детей, проживающих в приграничных районах, где воздействие стрессовых и потенциально травмирующих факторов особенно выражено. В современных геополитических условиях приграничные территории Российской Федерации подвергаются повышенной нагрузке, связанной с нестабильной обстановкой, информационным давлением, угрозами безопасности и, в ряде случаев, вынужденным переселением. Дети, проживающие в таких регионах, оказываются в ситуации хронического стресса, который оказывает существенное влияние на их психоэмоциональное развитие и личностное становление. [6, 10]

Младший подростковый возраст (9–11 лет) является сенситивным периодом формирования эмоционально-личностной сферы, идентичности и системы отношений с окружающим миром. В этом возрасте происходят значительные нейробиологические и психологические изменения, которые делают детей особенно уязвимыми к воздействию стрессовых факторов. При этом вербальные способы выражения переживаний у детей данного возраста ещё ограничены, что затрудняет прямую диагностику их психологического состояния и требует применения косвенных, проективных методов исследования. [4, 8]

Психологическая травма и её последствия в детском возрасте представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной клинической психологии. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) определяется как непсихотическая отсроченная реакция на травматический



стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека. Травматический стресс представляет собой переживание особого рода, результат взаимодействия человека и окружающего мира, нормальную реакцию на ненормальные обстоятельства. Особую значимость для детского возраста имеет комплексное ПТСР (к-ПТСР), которое формируется в результате длительной или повторяющейся травмы и характеризуется эмоциональными регрессиями, токсичным чувством вины, нарушениями самооценки и социальной тревожностью. [7, 9]

Важнейшим аспектом понимания механизмов травматизации в детском возрасте является теория привязанности, разработанная Дж. Боулби. Многие исследователи рассматривают к-ПТСР как расстройство привязанности, поскольку в его основе лежит эмоциональное пренебрежение и нарушение диадических отношений с фигурой привязанности. Травма привязанности формируется в контексте значимых отношений, где фигура, призванная быть источником безопасности и защиты, одновременно становится причиной страха и депривации. Дезорганизованная привязанность, возникающая в ситуации «страха без решения», является квинтэссенцией травмы привязанности и ведет к нарушению базового доверия к миру и себе. [3, 4, 7]

В условиях проживания в приграничных районах и вынужденного переселения травма привязанности может усугубляться разлукой с близкими, утратой привычного окружения и чувства безопасности. Эти обстоятельства становятся значимыми стрессогенными факторами, нарушающими базовое чувство защищённости и формирующими уязвимость к развитию посттравматических состояний. [5]

В таких условиях важную роль играет использование проективных методов, в частности рисуночных техник, позволяющих выявить скрытые



признаки психологической травматизации. Проективные методики позволяют получить доступ к глубинным эмоциональным процессам, не требуя от ребенка прямых ответов на сложные вопросы. Их ключевое преимущество – обход защитных механизмов и получение информации о бессознательных переживаниях, которые трудно выявить с помощью опросников. Рисунок является одним из наиболее чувствительных индикаторов травматических переживаний, поскольку изобразительная деятельность представляет собой естественную для детей форму самовыражения. [1, 6, 10]

Цель исследования – изучить признаки травматизации на рисунках детей младшего подросткового возраста, проживающих в приграничных районах.

Задачи исследования:

1. Осуществить теоретико-методологический анализ проблематики особенностей травматизации детей младшего подросткового возраста.
2. Определить основные признаки психологической травматизации, проявляющиеся в детских рисунках.
3. Провести эмпирическое исследование рисунков детей, проживающих в приграничных районах.
4. Выявить и описать типичные особенности и символику, указывающие на наличие признаков травматизации.

Гипотеза исследования: у детей младшего подросткового возраста, проживающих в приграничных районах, признаки психологической травматизации находят отражение в особенностях их рисунков и проявляются через характерные символы.

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось на базе Курского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» и



АНО ДО «Мир человека». Выборку составили 30 детей в возрасте от 9 до 11 лет. Часть участников находились в пунктах временного размещения и имели опыт вынужденного переселения в связи с военными действиями на территории приграничных районов (экспериментальная группа). Вторая часть выборки включала детей, не имеющих опыта прямой травматизации (контрольная группа).

Методы исследования: проективная методика Д. Бака «Дом-дерево-человек»; проективная методика К. Маховер «Нарисуй человека».

Обработка данных осуществлялась с помощью методов описательной статистики и сравнительного анализа с использованием программы Excel.

Результаты и их обсуждение

В ходе анализа рисунков были выявлены выраженные различия между группами, имеющими и не имеющими опыт психотравматизации (табл. 1).

Таблица 1

Выявленные признаки травматизации в рисунках детей

№	Признак рисунка	Доля детей с травматическим опытом (%)	Наличие признака у детей без опыта травматизации	Интерпретация признака
1	Отсутствие стоп при изображении фигуры человека	62,5	Не наблюдается	Нарушение образа телесной целостности, чувство неуверенности в опоре и защите
2	Отсутствие кистей рук	56	Не наблюдается	Ощущение беспомощности, ограниченности



				возможностей взаимодействия с миром
3	Наличие туч на небе	50	Не наблюдается	Символизация тревоги, внутреннего напряжения, мрачного эмоционального фона
4	Пустые глаза у изображённых фигур	68	Не наблюдается	Отчуждение, эмоциональная опустошённость, подавление чувств
5	Отсутствие трубы на домах	75	Не наблюдается	Отсутствие уюта, тепла и домашней защищённости
6	Колеблющийся нажим карандаша	90	Не наблюдается	Повышенное эмоциональное напряжение, неуверенность, внутренняя неустойчивость
7	Стирания и исправления в рисунках	50	Не наблюдается	Тревожность, сомнение в правильности действий, стремление к контролю
8	Заполнение пустоты листа дополнительными элементами	50	Не наблюдается	Компенсация внутренней неустойчивости, попытка



				символически «заполнить пустоту»
9	Деревья, по форме напоминающие замочные скважины	50	Не наблюдается	Символ закрытости, стремление к защите личного пространства

У детей, перенёсших травматический опыт, наблюдаются характерные особенности, проявляющиеся в форме и содержании рисунков. У 62,5% испытуемых данной группы отсутствует изображение стоп при прорисовке фигуры человека, что отражает нарушение целостности образа тела. Кроме того, у 56 % детей с травматическим опытом не изображены кисти рук, что может указывать на ощущение беспомощности или ограниченности возможностей взаимодействия с окружающим миром.

В рисунках природных элементов также выявлены символические признаки эмоционального напряжения. У 50 % детей с опытом травматизации в изображении неба присутствуют тучи, создающие общий мрачный эмоциональный фон работы. У 75 % испытуемых при изображении домов отсутствует труба, что может ассоциироваться с отсутствием тепла, уюта и домашней защищённости.

Особое внимание привлекают пустые глаза у 68 % детей с травматическим опытом – фигуры человека лишены зрачков или других признаков эмоциональной выраженности, что придаёт им отчуждённый и безжизненный вид и указывает на проявление тревоги и страхов.

У 90 % детей с травматизацией отмечен колеблющийся нажим карандаша, неравномерность линий и нестабильность штриха, что отражает внутреннее



напряжение и неуверенность в процессе изобразительной деятельности. У 50 % рисунков наблюдаются многочисленные стирания и исправления, свидетельствующие о повышенной тревожности и сомнениях в собственных действиях.

Характерным проявлением травматизации стало заполнение пустого пространства листа дополнительными элементами, не входящими в инструкцию (50 %). Эти элементы часто носят случайный или хаотичный характер, что может указывать на стремление компенсировать внутреннюю неустойчивость через визуальное заполнение пустоты.

У 50 % детей с травматическим опытом деревья напоминают по форме замочные скважины, что можно рассматривать как символическое выражение закрытости, чувства угрозы и желания защитить личное пространство.

Подобные признаки не наблюдаются у детей, не имевших опыта психологической травматизации. Их рисунки отличаются большей структурной целостностью, устойчивостью линий, наличием основных деталей человеческой фигуры и предметов, а также нейтральным или положительным эмоциональным тоном.

Полученные данные согласуются с исследованиями О. В. Серебровской, отмечавшей у детей с острыми стрессовыми расстройствами повторяющиеся мотивы угрозы и символического отчуждения, а также с работами З. С. Текоевой и коллег, выявивших в рисунках травмированных детей элементы разрушения и тревожные цвета. [9, 10]

Заключение

Проведённое исследование подтвердило, что у детей младшего подросткового возраста, проживающих в приграничных районах и имеющих опыт вынужденного переселения, признаки психологической травматизации



находят отражение в особенностях их рисунков и проявляются через характерные символы.

Жизнь в приграничных условиях и переживание вынужденного переселения формируют у ребёнка ощущение нестабильности, неопределённости и угрозы. Эти обстоятельства становятся значимыми стрессогенными факторами, которые нарушают чувство защищённости и базовое доверие к миру. Качество привязанности в условиях травматического опыта нередко становится неустойчивым или нарушенным, что проявляется в избегании контакта, трудностях в доверительных отношениях или, напротив, повышенной зависимости от взрослого.

Выявленные в ходе исследования признаки (отсутствие стоп и кистей рук, пустые глаза, отсутствие трубы на домах, наличие туч, колеблющийся нажим, стирания, заполнение пространства второстепенными деталями, изображение деревьев в форме замочных скважин) могут рассматриваться как диагностические маркеры травматизации, отражающие нарушения системы привязанности и внутреннего образа мира ребёнка.

Полученные результаты подчёркивают необходимость комплексного подхода к психологической помощи детям, проживающим в условиях нестабильности, с акцентом на восстановление доверительных отношений, поддержку эмоциональной устойчивости и развитие позитивного образа «Я». Проективные методики, благодаря своей чувствительности к невербализуемым переживаниям, являются эффективным инструментом ранней диагностики психологического неблагополучия и позволяют своевременно выстраивать индивидуально ориентированные программы психокоррекционной поддержки.

Источники и литература / Sources and references:

1. Боулби Дж. Привязанность. – Москва : Гардарики, 2003. – 478 с.



2. Василенко М. А. Привязанность ребенка к матери как фактор ранней социализации / М. А. Василенко // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2011. – № 129. – С. 45–52.
3. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство. – Москва : ВЛАДОСС-ПРЕСС, 2003. – 160 с.
4. Калмыкова Е. С. Качество привязанности как фактор устойчивости к психической травме / Е. С. Калмыкова, М. А. Падун // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 1. – С. 35–44.
5. Кочетова Ю. А. Психологическая травма в разные периоды детства / Ю. А. Кочетова, М. В. Климакова, Е. А. Емельянова // Социальные науки и детство. – 2025. – Т. 6, № 2. – С. 27–48.
6. Малкина-Пых И. Г. Психология посттравматического стресса. – Москва : Эксмо, 2005. – 416 с.
7. Мэйн М. Открытие новой модели привязанности: ненадёжной, дезорганизованной/дезориентированной / М. Мэйн, Дж. Соломон // Аффективное развитие в младенчестве / под редакцией М. Йогмана, Т. Б. Бразелтона. – Норвуд : Ablex, 1986. – С. 95–124.
8. Ромек В. Г. Психологическая травма: диагностика и психокоррекция / В. Г. Ромек, И. М. Блинова, Н. В. Юрьева. – Москва : Академия, 2004. – 125 с.
9. Серебровская О. В. Применение рисуночных тестов в диагностике острых стрессовых расстройств у детей и подростков / О. В. Серебровская // Психологическая наука и образование. – 2006. – Т. 11, № 4. – С. 115–126.
10. Текоева З. С. Особенности эмоционально-личностного развития детей с ПТСР (лонгитюдное исследование детей г. Беслан 2005–2015 гг.) / З. С. Текоева // Сибирский врач. – 2017. – № 7 (79). – С. 62–68.



**МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭВАКУАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ
КАК СОСТАВНОЙ ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ
ЗАЩИТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
(НА ПРИМЕРЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Гасанов Ш. М.¹, Соловьев А. Г.², Чернов К. А.¹, Денисенко В. Ю.¹

*¹Кафедра (медико-биологической и экологической защиты)
ФГБВОУ ВО «Академия гражданской защиты МЧС России»*

Россия, Московская обл. г. Химки

*²Кафедра психиатрии и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Архангельск*

Аннотация. В статье рассматривается роль медицинского обеспечения как неотъемлемого компонента эвакуации населения в чрезвычайных ситуациях: анализируется нормативно-правовая база организации и оказания медицинской помощи при эвакуации, исследуется современное состояние медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий в Кемеровской области, выявляются проблемные вопросы взаимодействия эвакуационных органов и служб здравоохранения, предлагаются конкретные меры по совершенствованию медицинского обеспечения эвакуации населения в системе защитных мероприятий.

Ключевые слова: медицинское обеспечение, медицина катастроф, чрезвычайная ситуация, эвакуация, лечебно-эвакуационное обеспечение, Кемеровская область.

**MEDICAL SUPPORT OF POPULATION EVACUATION
AS A COMPONENT OF THE PROTECTIVE MEASURES SYSTEM
(ON THE EXAMPLE OF THE KEMEROVO REGION)**

Gasanov Sh. M.¹, Soloviev A. G.², Chernov K. A.¹, Denisenko V. Yu¹.



¹ *Department (medical, biological and environmental protection),
Civil Defense Academy of the Ministry of the EMERCOM of Russia,
Khimki, Moscow region, Russia*

² *Department of Psychiatry and Clinical Psychology
Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia*

Abstract. The article examines the role of medical support as an integral component of population evacuation in emergency situations: it analyzes the regulatory framework for organizing and providing medical care during evacuation, examines the current state of medical support for evacuation activities in the Kemerovo region, identifies problematic issues in the interaction of evacuation bodies and healthcare services, and proposes specific measures to improve medical support for population evacuation in the system of protective measures.

Keywords: medical care, disaster medicine, emergency, evacuation, medical and evacuation support, Kemerovo region.

Введение

Защита жизни и здоровья населения является главным приоритетом государственной политики в сфере гражданской обороны и предупреждения чрезвычайных ситуаций. В системе защитных мероприятий эвакуация населения занимает особое место, поскольку позволяет оперативно вывести граждан из зон поражения и тем самым сократить возможные человеческие потери. Вместе с тем практика показывает, что успех эвакуации населения определяется не только транспортным и организационным обеспечением, но и медицинским обеспечением на всех её этапах.

Медицинское обеспечение эвакуации населения представляет собой комплекс организационных, лечебно-эвакуационных и санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на охрану здоровья



эвакуируемых, своевременное оказание медицинской помощи и предупреждение распространения инфекционных заболеваний на всех этапах эвакуации [1]. Значение медицинского обеспечения особенно возрастает при массовых эвакуациях с участием социально уязвимых категорий граждан: пожилых людей, детей, беременных женщин, лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также больных из медицинских учреждений, находящихся в зонах чрезвычайной ситуации.

Кемеровская область – Кузбасс — один из наиболее индустриально развитых регионов Сибирского федерального округа с высокой концентрацией потенциально опасных объектов угольной, химической и металлургической промышленности. На её территории расположено более 300 потенциально опасных объектов, аварии на которых могут повлечь необходимость эвакуации до 800 тысяч человек [2]. Это определяет особую актуальность вопроса организации медицинского обеспечения при проведении масштабных эвакуационных мероприятий в регионе.

Объекты и методы исследования

Использованы данные открытых литературных источников о функционировании системы эвакуации при угрозе или возникновении чрезвычайных ситуаций, а также организации лечебно-эвакуационного обеспечения. Методы исследования – сравнение и описание, контент-анализ.

Правовую основу медицинского обеспечения при эвакуации населения составляют: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 41) [3], закрепляющий ответственность Всероссийской службы медицины катастроф за оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, Постановление Правительства РФ от 19.09.2022 № 1654 «Об утверждении Правил проведения



эвакуационных мероприятий при угрозе возникновения или возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» [4], обязывающее органы местного самоуправления обеспечивать медицинское сопровождение в пунктах временного размещения; а также Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06.11.2020 № 1202н, регламентирующий порядок оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях [5].

Результаты и их обсуждение

Современная система медицинского обеспечения при чрезвычайных ситуациях строится на принципе этапности лечебно-эвакуационного обеспечения. Этапность предполагает последовательное оказание помощи: первой помощи непосредственно в зоне чрезвычайной ситуации, первой и первичной медико-санитарной помощи на сборных эвакуационных пунктах и в пути следования, специализированной медицинской помощи в медицинских учреждениях безопасных районов [6]. Принцип «максимального приближения сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь» определяет необходимость развёртывания медицинских пунктов непосредственно на эвакуационных пунктах.

В местах расселения медицинское обеспечение осуществляется по участково-территориальному принципу с усилением местных медицинских организаций из расчёта один врач и два средних медицинских работника на каждые 600 эвакуированных. В пунктах временного размещения оборудуются медицинские пункты, отвечающие за медицинские осмотры, оказание помощи, санитарный контроль и иммунопрофилактику эвакуируемых лиц [1].

Неотъемлемой составляющей медицинского обеспечения эвакуации являются санитарно-противоэпидемические мероприятия, важность которых обусловлена резким ухудшением санитарно-эпидемиологической обстановки



при массовом сосредоточении людей в условиях чрезвычайной ситуации. Данные мероприятия включают: эпидемиологическое наблюдение и бактериологическую разведку; выявление, изоляцию и госпитализацию инфекционных больных; экстренную профилактику и иммунизацию населения по эпидемическим показаниям; контроль санитарного состояния мест размещения; контроль качества питьевой воды и продовольствия; организацию банно-прачечного обслуживания эвакуированных и удаление отходов [1].

Расчёты, выполненные применительно к Кемеровской области, наглядно демонстрируют масштаб задачи санитарного обеспечения: для санитарной обработки 800 тысяч эвакуированных в течение первых трёх суток необходимо обеспечить не менее 1428 помывочных мест (из расчёта пропускной способности одной бани 560 человек в сутки) [2]. Существующие стационарные бани в безопасных районах региона не способны покрыть данную потребность, что требует определение порядка развёртывания мобильных полевых бань и дезинфекционно-душевых установок с привлечением профильных учреждений МЧС России, в частности, Сибирского спасательного центра МЧС России и Главных управлений МЧС России по субъектам РФ.

Эпидемиологическое наблюдение осуществляется органами Роспотребнадзора и медицинскими организациями на всех этапах эвакуации. Иммунизация населения организуется в соответствии с национальным календарём прививок и по эпидемическим показаниям в зависимости от характера чрезвычайной ситуации и прогнозируемой эпидемиологической обстановки. Управление Роспотребнадзора по Кемеровской области наделено полномочиями по осуществлению санитарно-эпидемиологического надзора при проведении эвакуации и контролю санитарного состояния мест размещения эвакуированного населения [7].



Анализ состояния системы медицинского обеспечения эвакуации регионального здравоохранения позволяет выявить актуальные вопросы, решение которых позволит повысить реальную готовность к действиям в условиях крупномасштабной чрезвычайной ситуации. В ходе анализа выявлено, что мероприятия по медицинскому обеспечению прописаны в общих чертах, без указания конкретных медицинских организаций, ответственных за развёртывание медицинских пунктов на каждом сборном эвакуационном пункте, расчёта потребности в медицинском имуществе и лекарственных средствах. Кроме того, значительная часть медицинского и административно-хозяйственного персонала лечебных учреждений не имеет практического опыта развёртывания мобильных медицинских формирований [2].

На основе проведённого анализа разработан комплекс предложений по совершенствованию медицинского обеспечения эвакуации населения Кемеровской области, в частности, разработка и утверждение постановлением Правительства субъекта РФ регионального порядка организации медицинского обеспечения эвакуации населения. Документ должен определять конкретные обязанности Министерства здравоохранения Кузбасса и медицинских организаций при подготовке и проведении эвакуации, порядок развёртывания медицинских пунктов на каждом сборном, промежуточном и приёмном эвакуационном пункте, механизм оперативного оповещения и вызова медицинского персонала в любое время суток, порядок эвакуации нетранспортабельных больных, механизм компенсации затрат медицинских организаций [4]. Отдельную роль в плане следует уделить вопросам санитарно-противоэпидемическим мероприятий при эвакуации. Планом необходимо определить силы и средства Роспотребнадзора для контроля всех эвакуационных пунктов и мест размещения, создание запаса полевых бань и дезинфекционно-



душевых установок производительностью, обеспечивающей санитарную обработку 800 тысяч человек за трое суток, а также запаса вакцин и иммунобиологических препаратов для проведения экстренной иммунопрофилактики по эпидемическим показаниям.

Второе предложение - создание при региональной эвакуационной комиссии рабочей группы по медицинскому обеспечению эвакуации. В её состав должны войти представители Министерства здравоохранения Кузбасса, Главного управления МЧС России по Кемеровской области, Территориального центра медицины катастроф и Управления Роспотребнадзора по Кемеровской области. Рабочая группа должна ежегодно организовывать совместные межведомственные учения по вопросам ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций с обязательной отработкой вопросов развёртывания медицинских пунктов на реальных объектах, предназначенных для размещения эвакуационных пунктов [10,11].

Третье предложение — закрепление за каждым сборным, промежуточным и приёмным эвакуационным пунктом конкретной медицинской организации, ответственной за развёртывание и функционирование медицинского пункта. Закрепление должно оформляться нормативным актом Министерства здравоохранения Кузбасса. Закреплённые медицинские организации обязаны заблаговременно подготовить медицинский персонал и сформировать укладки медицинского имущества, хранимые в режиме постоянной готовности к применению.

Заключение

Медицинское обеспечение является ключевым элементом системы эвакуации населения, от качества организации которого напрямую зависит сохранение жизни и здоровья граждан в условиях чрезвычайных ситуаций.



Анализ состояния медицинского обеспечения эвакуации в Кемеровской области выявил недостаточный уровень практического взаимодействия эвакуационных органов со службами здравоохранения.

Предложенный комплекс мер, а именно закрепление медицинских организаций за конкретными эвакуационными пунктами, детализация планирующих документов, формирование запасов медицинского имущества, а также проведение регулярных межведомственных учений по вопросам ликвидации медико-санитарных последствий ЧС направлен на повышение готовности региональной системы здравоохранения к медицинскому обеспечению эвакуационных мероприятий.

Реализация предложенных мероприятий позволит обеспечить соблюдение закреплённого в Постановлении Правительства РФ от 19.09.2022 № 1654 требования о предоставлении медицинского обеспечения эвакуированным гражданам в пунктах временного размещения, что в конечном счёте является исполнением конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в условиях чрезвычайных ситуаций.

Источники и литература / Sources and references:

1. Левчук, И.П. Медицина катастроф: учеб. пособие / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288 с.
2. Мاستрюков, Б.С. Безопасность в чрезвычайных ситуациях в природно-техногенной сфере. Прогнозирование последствий: учеб. пособие / Б.С. Мастрюков. – Москва: Академия, 2011. – 368 с.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 25.12.2023). – Текст: электронный // КонсультантПлюс. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 25.01.2026).



4. Постановление Правительства РФ от 19.09.2022 № 1654 «Об утверждении Правил проведения эвакуационных мероприятий при угрозе возникновения или возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» (действует до 28.02.2029). – Текст: электронный // КонсультантПлюс. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 25.01.2026).

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06.11.2020 № 1202н «Об утверждении Порядка организации и оказания Всероссийской службой медицины катастроф медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации» (ред. от 29.10.2024). – Текст: электронный // ГАРАНТ. – URL: <https://base.garant.ru/74894212> (дата обращения: 25.01.2026).

6. Медицина чрезвычайных ситуаций: учебник в 2 томах / под ред. С.Ф. Гончарова, А.Я. Фисуна. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 608 с.

7. Официальный сайт управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кемеровской области – Текст: электронный: [http:// https://42.rospotrebnadzor.ru/](http://https://42.rospotrebnadzor.ru/) (дата обращения: 24.03.2026).

8. Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» (ред. от 08.08.2024). – Текст: электронный // КонсультантПлюс. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 05.11.2025).

9. Федеральный закон от 12.02.1998 № 28-ФЗ «О гражданской обороне» (ред. от 20.01.2026). – Текст: электронный // КонсультантПлюс. – URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 25.01.2026).

10. Методические рекомендации по организации эвакуации населения, материальных и культурных ценностей в безопасные районы / МЧС России. – Москва, 2015. – 156 с.



11. Официальный сайт Главного управления МЧС России по Кемеровской области. – URL: <https://42.mchs.gov.ru> (дата обращения: 15.11.2025). – Текст: электронный.

**РОЛЬ ПСИХОЛОГА В ФОРМИРОВАНИИ
СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СОТРУДНИКОВ
ОМОН «РУБЕЖ» УПРАВЛЕНИЯ РОСГВАРДИИ
ПО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССУ
К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ СИТУАЦИЯМ
СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Глумова И. В.

ОМОН «Рубеж» (г. Новокузнецк)

*Управление Росгвардии по Кемеровской области – Кузбассу,
Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В статье рассмотрена роль психолога спецподразделения Росгвардии по материалам 25-летнего опыта медико-психологического сопровождения сотрудников Новокузнецкого ОМОН при формировании необходимого уровня стрессоустойчивости в экстремальных условиях служебной деятельности как одного из компонентов повышения боеспособности ОМОН «Рубеж» (г. Новокузнецк) Управления Росгвардии Сибирского Ордена Жукова округа Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации. Задача по формированию стрессоустойчивости решалась психологом посредством: индивидуально путем качественного отбора кандидатов на службу в спецподразделение, индивидуальной подготовки бойцов (в том числе по развитию интеллектуальных способностей), использования аппарата для аудиовизуальной стимуляции (АВС) класса «Voyager», и в составе группы путем развития боевой сплоченности коллектива, подготовки



сотрудников отряда к выполнению задач вне пункта постоянной дислокации, помещая бойцов в особые условия, приближенные к боевым.

Ключевые слова: психолог спецподразделения, боеспособность, стресс, стрессоустойчивость, развитие интеллектуальных способностей, экстремальные условия, служебно-боевые задачи.

**THE ROLE OF A PSYCHOLOGIST IN THE FORMATION
OF STRESS RESISTANCE OF EMPLOYEES
OMON «RUBEZH» OF THE RUSSIAN GUARD AGENCY
IN THE KEMEROVO REGION – KUZBASS FOR EXTREME
SITUATIONS OF OFFICIAL ACTIVITIES**

Glumova I. V.

OMON «Rubezh» (Novokuznetsk)

*Rosgvardia Department for the Kemerovo Region – Kuzbass,
Russia, Kemerovo*

Abstract. The article examines the role of a psychologist in a special unit of the National Guard of Russia based on 25 years of experience in providing medical and psychological support to employees of the Novokuznetsk OMON in order to develop the necessary level of stress resistance in extreme conditions of service as one of the components of increasing the combat capability of the OMON «Rubezh» (Novokuznetsk) of the National Guard of Russia's Siberian Order of Zhukov District. The task of forming stress tolerance was solved by a psychologist through: individually through high-quality selection of candidates for service in a special unit, individual training of fighters (including the development of intellectual abilities), the use of a Voyager class audiovisual stimulation device, and as part of a group through the development of team combat cohesion, training squad personnel to perform tasks outside the point of permanent deployment, placing the fighters in special conditions close to combat.



Keywords: Special Forces psychologist, combat readiness, stress, stress resistance, development of intellectual abilities, extreme conditions, and combat missions.

Введение

Служебная деятельность психолога в Федеральной службе войск национальной гвардии Российской Федерации, особенно в отряде мобильном особого назначения (ОМОН), связана со специфическим исполнением функциональных обязанностей. Одно из приоритетных направлений служебно-боевой деятельности ОМОН – поддержание на высоком уровне боеготовности и боеспособности подразделения. Боеспособность или боевая способность – определенное состояние способности подразделения вести боевые действия, выполнять боевые задачи, определяющий элемент боевой готовности войск (подразделения), важнейшее условие достижения победы. Поэтому, повышение способности к выполнению служебно-боевых задач сотрудниками – основная, приоритетная задача психолога, одним из компонентов которой является достижение необходимого уровня их стрессоустойчивости, как одного из составляющих психологической устойчивости.

Особую актуальность данному вопросу придает настоящее продолжение специальной военной операции. В которой свои служебно-боевые задачи выполняет личный состав ОМОН Росгвардии.

Цель данной работы – показать один из аспектов служебного 25-летнего опыта медицинского и психологического сопровождения сотрудников Новокузнецкого ОМОН, участников специальной военной операции (в настоящее время), контртеррористической операции на территории Северо-Кавказского региона, по достижению необходимого уровня



стрессоустойчивости для профилактики стресс-ассоциированных расстройств в экстремальных условиях служебной деятельности, основываясь на знаниях психофизиологии.

Краткий обзор исследований

О роли штатного психолога специальных подразделений силовых структур в процессе подготовки к выполнению служебно-боевых задач (СБЗ) существуют единицы публикаций в ведомственных изданиях, освещающих особенности их служебной деятельности [2, 4, 5, 6, 9]. Отдельные публикации посвящены теоретическим аспектам профессиональной готовности военного психолога к работе в условиях экстремальных военных действий [1, 7].

Результаты исследования и их обсуждение

Личный 25-летний опыт служебной деятельности в Новокузнецком ОМОНе включает в себя несколько аспектов: медицинское обеспечение, как начальник медицинской части отряда и врач – психиатр-нарколог, и психологическое обеспечение, как старший психолог подразделения на протяжении нескольких десятилетий. В процессе службы ежедневно приходится сталкиваться с конкретными проблемами, разрешение которых требует клинических знаний по медицине, что прямо или косвенно влияет на эффективность профессиональной деятельности. И, безусловно, данное обстоятельство сказывается на авторитете психолога как специалиста. Самое выгодное сочетание профессиональной компетентности для психолога спецподразделения – это наличие высшего медицинского образования (врач – лечебник) со специализацией по психиатрии. Врач – психиатр на данной должности имеет глубокие знания для профессиональной оценки как самой экстремальной ситуации, так и психофизиологического состояния сотрудника.



Например, признанный создатель психофизиологии в середине XIX столетия – выдающийся отечественный ученый Александр Романович Лурия, имел двойное (неврологическое и психологическое) образование. Что позволило ему соединить наиболее важные положения этих дисциплин в одно целое, результатом чего явилось соединение нейропсихологии и психофизиологии. Он разработал теорию системной динамической локализации психических процессов, являющуюся теоретической основой психофизиологии и нейропсихологии. Это пример удачного междисциплинарного подхода.

Психолог (врач) спецподразделения – прежде всего сотрудник Росгвардии. Ему необходимо иметь отличную физическую подготовку, обладать психофизиологической устойчивостью, уметь метко стрелять (желательно из разных видов оружия), участвовать с личным составом в учебных мероприятиях (тактико-специальных занятиях, комплексных занятиях в полевых условиях, учениях, сдаче контрольных нормативов, подготовке подразделений в случае привлечения их к выполнению служебно-боевых задач на различных территориях и т.п.). При этом перед ним стоят свои цели и задачи: он обязан быть подготовленным к непосредственной служебной деятельности. Как правило, профессиональный психолог находится в полевых условиях с личным составом, поскольку только таким образом можно своевременно выявить проблемные вопросы и решить СБЗ с помощью оптимального психофизиологического состояния. Имеющие такие характеристики психологи пользуются заслуженным авторитетом среди личного состава и у руководства.

Примеры из служебной деятельности психолога и врача Новокузнецкого ОМОН дает представление о значении такой профессиональной подготовки в процессе формирования стрессоустойчивости сотрудников ОМОН Росгвардии к



экстремальным ситуациям служебной деятельности как одного из элементов повышения боеготовности подразделения.

Задача по формированию стрессоустойчивости решалась посредством: индивидуально путем качественного отбора кандидатов на службу в спецподразделение, индивидуальной подготовки бойцов (в том числе по развитию интеллектуальных способностей), использования аппарата для аудиовизуальной стимуляции (АВС) класса «Voyager», и в составе группы путем развития боевой сплоченности коллектива, подготовки сотрудников отряда к выполнению задач вне пункта постоянной дислокации, помещая бойцов в особые условия, приближенные к боевым.

Индивидуальная подготовка бойцов

В целях повышения качества индивидуальной подготовки бойцов при выполнении упражнений психолог подразделения таким образом планировала задачи, чтобы избежать ситуаций, в которых боец мог бы скрыть в коллективной среде свою недостаточную подготовленность. Например, при решении задачи по топографическому ориентированию сотрудник проходил по маршруту индивидуально. В таком случае психолог определяла, кто выполнил задание, а кто – нет. При групповом же решении задачи обязательно проявлялся лидер, который избрал как правильный, так и ошибочный маршрут. С последующим разбором.

При совершении кросса психолог возвращала все подразделение к отставшим бегунам, что предопределяло последующую реакцию как преуспевших бегунов, так и отставших.

Развитие интеллектуального потенциала

ОМОН – это подразделения, созданные для выполнения служебно-боевых задач, непосильных «обыкновенному» сотруднику Росгвардии. Следовательно,



повышенные требования предъявляются не только к физической и боевой подготовке сотрудников спецподразделений, но и к их психологической и медицинской подготовке, включая развитие индивидуальных интеллектуальных способностей, основой которых является биологически развитый мозг [10]. Интеллектуал в боевой обстановке срабатывает намного эффективнее нетренированного «обыкновенного» бойца: их мозг, органы чувств, реакция, боевая интуиция развиваются при соответствующей тренировке. Этими обстоятельствами продиктована необходимость проводить со всеми сотрудниками, особенно со стажерами, молодыми и после ранений занятия по развитию их интеллектуальных способностей. Занятия по развитию интеллекта среди сотрудников отряда пользуются большим спросом, и подразделяются на развитие лингвистического, математического и физиологического интеллекта.

Занятия на развитие лингвистического интеллекта (умение пользоваться языком, словом)

Психолог использовала следующие методы и упражнения на развитие лингвистического интеллекта: регулярное чтение, изучение иностранных языков, решение разнообразных лингвистических тестов, головоломок и, даже, кроссвордов, чтение статьи или любой книги в перевернутом виде, упражнение на правильное представление слов из положения «наоборот».

Занятия на развитие математического интеллекта (умение быстро делать сложные вычисления)

Психолог использовала решение головоломок, заданий с цифровыми данными и рядом чисел, с использованием специальных регулярных тренировок с математическими действиями: устное умножение двухзначных чисел, любые математические вычисления, упражнение на запоминание групп цифр, сложить цифры по порядку, решение шахматных задач. Психолог акцентировала



внимание на существующем одном общем правиле при развитии любых интеллектуальных и всех других способностей: надо заниматься каждый день. За это время в головном мозге создаются стабильные межнейронные связи, и сотруднику не придется жаловаться на свою неспособность к изучению иностранных языков или математическим вычислениям.

Физиологический интеллект

Для бойца спецподразделения важны специальные упражнения, которые развивают межнейронные связи больших полушарий, их различные зоны и их эффективное взаимодействие. Такие упражнения позволяют человеку не входить в стрессовое состояние, а значит, его мозг полностью сохраняет работоспособность в любой экстремальной ситуации.

Достижение необходимого уровня стрессоустойчивости, в том числе, помещая бойцов в особые условия, приближенные к боевым

Выработка стрессоустойчивости – это методически сложная задача. Скромный отечественный и зарубежный опыт в этом вопросе описан специалистами в области спортивной психологии [8, 14]. Пробуют решить эту задачу для сотрудников специалисты Министерства обороны Российской Федерации, Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации и других силовых структур разными способами [3, 11, 12, 13].

По мнению автора, решение задачи достижения необходимого уровня стрессоустойчивости лежит в плоскости методического обеспечения по дисциплинам служебно-боевой подготовки с привлечением психолога, сотрудника спецподразделения. Который, в свою очередь, разъяснит руководителям подразделений, что стрессоустойчивость прямо



пропорциональна уровню боевых навыков бойца и его оптимального эмоционального состояния.

Знание психологии дает возможность в ходе боевой или тренировочной операции применить психорегулирующий допинг, который позволяет управлять стрессом, с каждым разом все увереннее и более четко выполнять задание. Стрессоустойчивость вырабатывается тренировками, что требует преодоления инерции, страха, лени, наработыванием опыта. Выводя бойца из зоны комфорта, психолог в составе организаторов учебных занятий добивается решения СБЗ или возможной проблемы.

В отличие от спортивного поединка, например, соревнований по стрельбе, непосредственное боевое столкновение с противником, специфичное для сотрудников спецподразделений Росгвардии и других силовых структур, происходит в течении нескольких секунд. За эти несколько секунд боец должен выполнить следующие действия (при этом в его организме происходят психофизиологические и биохимические реакции, о которых шла речь выше):

- Дать юридическую оценку обстоятельствам на применение оружия или физической силы;
- В условиях физиологии стресса выполнить двигательные действия (биомеханически и психически сложные), приведение оружия в боевую готовность, тактическую оценку условий боя, определить установочные данные для стрельбы, определить свой порядок действий;
- Точно и быстро применить оружие или приёмы рукопашного боя.

Такой огромный объем работы, выполняемый бойцом в течение столь сжатого периода времени, возможно обеспечить только при наличии автоматизмов двигательных действий и оптимального эмоционального состояния. В данной стрессовой ситуации у сотрудника есть только один шанс



выжить: все двигательные реакции должны быть доведены до уровня рефлекса (автоматизма), чего психолог и добивается. Автоматизм – это навык выполнения двигательного действия без сознательного контроля.

Для достижения высокого уровня стрессоустойчивости, выработки психологической выносливости и преодоления страха предлагались и использовались в разные годы психологом ОМОН «Рубеж» следующие способы: выполнение упражнений на фоне значительной усталости (наиболее доступный нам метод); предъявление бойцам заведомо невыполнимых требований как реальных, вызывающих чувство протеста (с последующим разбором); постановка нелогичных и некорректных задач, вызывающих недоумение и дезориентирующих; лишение сотрудника возможности осознать, насколько верно он выполняет упражнение и целесообразно распределяет свои силы.

Использование аппарата для аудиовизуальной стимуляции (АВС) класса «Voyager»

Оборудование для АВС, состоящее из светозвукового импульсного терминала, очков со встроенными светодиодами и наушников, создает для бойца индивидуальное светозвуковое пространство. Это пространство структурировано в соответствии с используемой программой АВС так, чтобы способствовать достижению психотерапевтических целей: энергизация, сон, а также обучение или релаксация. Часто сотрудники обращаются с просьбой помочь быстро запомнить большой объем информации. Психолог определяет необходимый курс сеансов с помощью специальных программ обучения.

Заключение

Занятия с тяжелой психоэмоциональной нагрузкой и физической подготовкой, полевые, тактико-специальные занятия с дозированным, а не



разрушающим организм, стрессом, рекомендованные психологом Новокузнецкого ОМОН, в разные года служебной деятельности, способствуют выработке оптимального уровня стрессоустойчивости сотрудников спецподразделения. Понять и подготовить бойца к успешному выполнению СБЗ, скорее всего, командование в тандеме с психологом спецподразделения не сможет, если не добавит, как проявитель, стрессовую ситуацию. Профессия психолога спецподразделения, как раз, и предполагает изучение поведения и деятельности в экстремальных условиях служебной деятельности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Глузман А.В., Таранко Н.А. Профессиональная готовность военного психолога к работе в условиях экстремальных военных действий / Гуманитарные науки. 2023/2. С. 166-178.
2. Глумова И.В. Деятельность психолога ОМОН по повышению боеготовности спецподразделения (из опыта служебной деятельности ОМОН (г.Новокузнецк). Новосибирск. 2019. 157 с.
3. Глумова И.В. Опыт достижения необходимого уровня стрессоустойчивости сотрудника спецподразделений силовых структур // Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности». – Кемерово: Изд-во Кемеровского государственного медицинского университета. 2025. С. 107-123.
4. Глумова И.В. Психологическая подготовка личного состава органов внутренних дел Кузбасса, командиремых для проведения контртеррористических операций в Чеченской Республике // Психопедагогика в правоохр. органах, 2002. № 2(18). С. 117-118.



5. Глумова И.В. Психологическая подготовка сводных отрядов ОМОН, ППСМ городов Южного Кузбасса, направляемых в служебную командировку на Северный Кавказ // Психопедагогика в правоохр. органах, 2002. №1 (17). С. 43-47.
6. Глумова И.В., Моисеенко Ю.М. Психофизическая подготовка бойцов спецподразделений как профилактика нарушений адаптаций // Пограничные нервно-психические расстройства в Сибирском регионе (онтогенетические аспекты): Тезисы межрегиональной научно-практической конференции 2-3 апр. 2013 г. – Новокузнецк. 2013. С. 68-70.
7. Гнездилов Г.В., Байков Ю.А., Кулик Д.Ю. Роль психолога авиационной части в обеспечении надёжности и профессионального психологического отбора лётного состава / Научно-методический бюллетень Военного университета МО РФ № 1(19). М.: ВУ. 2023. С. 58-67.
8. Долженков С.И. Психологическая подготовка как важнейшая составляющая обучения двигательным навыкам спортсменов единоборств. Подготовка кадров для силовых структур: современные направления и образовательные технологии. Материалы XXIX Всероссийской научно-методической конференции. Иркутск. 2024. С. 154-157.
9. Кулешов В.В. Психологическая модель профессионально важных качеств будущего военного психолога: автореф. дисс...канд. психол. наук: – Хабаровск: Дальневосточный государственный ун-т путей сообщения. 2008.
10. Литвинов А. Интеллект для спецназа // Братишка. 2013. № 3. С. 30-32.
11. Лямзин Е.Н., Саванин И. А. Фактор стрессоустойчивости как совокупность психологической и физической подготовки военнослужащих. Психология и педагогика служебной деятельности. 3/2021. С. 211-214.



12. Сапов А.В. Общая характеристика основных аспектов подготовки снайперов к деятельности в особых условиях. Совершенствование огневой и тактико-специальной подготовки сотрудников правоохранительных органов. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. Орел, 2023. С. 179-182.

13. Соломченко М.А., Ашихин А.В. Средства рукопашного боя в развитии физических и психических качеств у сотрудников спецподразделений Наука-2020: Физическая культура, спорт, туризм: проблемы и перспективы. № 2(27). С. 116-121.

14. Тарпищев Ш.А. Стресс рождает чемпионов. Загадки спортивной психологии. Москва. 2022. 280 с.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ИНКЛЮЗИВНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Енсебаева И. З., Раимханова М. Е, Райнбекова Н. Е., Алдажар А. К.

*Кафедры психиатрии и наркологии
НАО «Медицинский Университет Семей»
Республика Казахстан, г. Семей*

Аннотация В статье рассматривается эффективность арт-терапии в работе с инклюзивными пациентами. В работе анализируется потенциал творческой деятельности как инструмента преодоления коммуникативных барьеров и коррекции психоэмоционального состояния лиц с ограниченными возможностями здоровья. Особое внимание уделяется механизмам воздействия изобразительного искусства на снижение уровня тревожности, развитие мелкой моторики и стимуляцию когнитивных функций. На основе проведенного анализа делается вывод о том, что активное использование арт-терапии в индивидуальные программы сопровождения существенно повышает



эффективность реабилитационного процесса и способствует успешной инклюзии личности в общественную среду.

Ключевые слова: арт-терапия, инклюзия, реабилитация, психологическая коррекция, социальная адаптация, творческое самовыражение.

LITERATURE REVIEW: THE EFFECTIVENESS OF ART THERAPY IN WORKING WITH INCLUSIVE PATIENTS

Enseybayeva I. Z., Raikhmanova M. E., Rainbekova N. E., Aldzhar A. K.

Departments of Psychiatry and Narcology

Semey Medical University

Republic of Kazakhstan, Semey

Abstract. This article examines the effectiveness of art therapy in working with inclusive patients. The study analyzes the potential of creative activity as a tool for overcoming communication barriers and correcting the psycho-emotional state of people with disabilities. Special attention is given to the mechanisms of the influence of visual art on reducing anxiety levels, developing fine motor skills, and stimulating cognitive functions. Based on the analysis, it is concluded that the active use of art therapy in individual support programs significantly increases the effectiveness of the rehabilitation process and promotes successful inclusion of the individual into the social environment.

Keywords: art therapy, inclusion, rehabilitation, psychological correction, social adaptation, creative self-expression.

Введение

В настоящее время работа с инклюзивными пациентами требует особого подхода. Одним из способов решения данной проблемы является – метод



лечения, основанный на использовании творчества для выражения эмоций, проработки психологических проблем и улучшения психоэмоционального состояния. Выявлено, что практика арт-терапии развивалась в ответ на разнообразные потребности клиентов и конкретные социокультурные контексты на протяжении 40 лет. В ситуациях, когда традиционные методы психотерапии ограничены из-за когнитивного снижения или выраженной закрытости пациента, на первый план выходят экспрессивные методы, среди которых арт-терапия занимает ключевое место. [1].

Цель работы - проанализировать эффективность арт-терапии в работе с пациентами с эмоциональными и поведенческими расстройствами, определить её влияние на эмоциональное состояние, социальную адаптацию и качество жизни пациентов.

Объекты и методы исследования

В ходе исследования был проведён систематический анализ научных работ, представленных в базах данных CyberLeninka и PubMed, с использованием ключевых терминов «арт-терапия», «эмоциональное состояние пациентов», «поведенческие расстройства», «реабилитация с использованием арт-терапевтических методов», «социальная адаптация». В результате было проанализировано десять научных статей, посвящённых применению арт-терапии в работе с особыми пациентами «арт-терапия», «ментальное здоровье», «поведенческие расстройства», «реабилитация с использованием арт-терапевтических методов», «социальная адаптация».

Результаты и их обсуждение

В последние годы многие исследования показали, что арт-терапия играет значительную роль в облегчении симптомов депрессии и тревоги [1,2].



Основные средства арт-терапии включают живопись, рисунок, музыку, драму, танец, драму и письмо.

Арт-терапия в современном научном дискурсе рассматривается как междисциплинарная область, объединяющая психологию, медицину и теорию искусства. Согласно определениям Американской арт-терапевтической ассоциации (ААТА) и British Association of Art Therapists (BAAT), это форма психотерапии, использующая творческие материалы как основной способ коммуникации. Арт-терапия определяется Британской ассоциацией арт-терапевтов как: «форма психотерапии, которая использует художественные медиа в качестве основного способа выражения и коммуникации [3].

В отличие от педагогики искусства, здесь фокус смещен с эстетического результата на процесс самоактуализации и интеграции психических функций.

Теоретический фундамент данного метода опирается на классические школы психоанализа и юнгианства, где творчество рассматривается как процесс объективации бессознательного и сублимации внутренних конфликтов. Однако современная интерпретация, представленная в исследованиях таких авторов, как А. Копытин и К. Мальчиоди, существенно расширяет эти рамки, включая в себя гуманистический подход, ориентированный на самоактуализацию личности, и когнитивно-поведенческие стратегии, направленные на реструктуризацию деструктивных паттернов [4].

Важнейшим теоретическим конструктом здесь выступает модель континуума экспрессивной терапии (Expressive Therapies Continuum), которая описывает иерархическое воздействие искусства на сенсомоторный, перцептивный и когнитивный уровни психики [5].

Терапевтическая эффективность арт-терапии обусловлена сложными психологическими механизмами, среди которых ключевую роль играют



символизация и проекция. Процесс создания визуального образа позволяет пациенту вынести внутренние переживания на внешний носитель, создавая необходимую психологическую дистанцию для анализа и интеграции травматического опыта. Это сопровождается эффектом катарсиса — эмоционального очищения и разрядки, что имеет критическое значение для стабилизации аффективной сферы [6].

С точки зрения нейробиологии, подтвержденной многочисленными исследованиями в базе PubMed, занятия творчеством способствуют снижению уровня кортизола и активации нейропластичности головного мозга [7]. Ритмические манипуляции с художественными материалами воздействуют на лимбическую систему и миндалевидное тело, что позволяет регулировать состояния гипервозбуждения и тревоги на довербальном уровне.

Особую актуальность данный метод приобретает при работе с инклюзивными пациентами — лицами, имеющими врожденные или приобретенные нарушения физического, ментального или сенсорного развития [8]. Психологический профиль таких пациентов характеризуется специфическими когнитивными дефицитами, сужением объема внимания и сложностями в социальной перцепции.

Зачастую инклюзивные пациенты страдают от алекситимии — неспособности распознавать и вербализировать свои чувства, что делает традиционные формы «разговорной» психотерапии малоэффективными [9]. Вербальная коммуникация требует высокой степени сохранности зоны Брока и когнитивного контроля, в то время как многие формы инвалидности или нейродивергентности сопровождаются речевыми барьерами или когнитивной перегрузкой. В этом контексте образные методы терапии становятся



единственным доступным каналом связи, так как визуальное мышление является более древним и биологически детерминированным процессом, чем вербальное.

Эффективность арт-терапевтического вмешательства в инклюзивной среде базируется на использовании сенсорно-насыщенных материалов, таких как глина, краски, песок и текстиль [10]. Изотерапия позволяет работать с цветовыми и пространственными характеристиками, которые напрямую коррелируют с эмоциональным статусом пациента. Пластикотерапия (работа с глиной или тестом) обладает мощным реабилитационным потенциалом для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, развивая мелкую моторику и проприоцептивную чувствительность.

Применение песочной терапии способствует созданию безопасного пространства, где пациент с расстройствами аутистического спектра или задержкой психического развития может моделировать социальные ситуации без прямого межличностного давления.

Важным аспектом интервенции является адаптация методологии под конкретные нужды пациента. Это включает в себя не только использование эргономичных инструментов - утолщенных кистей, адаптивных захватов или тактильных красок для слабовидящих - но и создание специфической «сенсорной диеты», предотвращающей перегрузку нервной системы.

В индивидуальном формате работа фокусируется на восстановлении чувства субъектности и базового доверия к миру, тогда как групповая арт-терапия служит мощным инструментом социальной интеграции. В условиях группы происходит активация зеркальных нейронов, развивается навык совместной деятельности и преодолевается социальная изоляция, характерная для большинства инклюзивных групп.



Также авторы подчёркивают необходимость проведения более широких и методологически строгих исследований для подтверждения устойчивости полученных данных.

В исследованиях арт-терапии различия экспрессируются в нескольких аспектах. В первую очередь, исследования отличаются по характеристикам выборки. В некоторых работах участвуют дети и подростки, в других взрослые пациенты и люди с различными психическими и соматическими заболеваниями. Это влияет на данные результаты и степень выраженности терапевтического эффекта.

Исследования различаются по формату интервенции. В одних работах включается индивидуальная арт-терапия, в некоторых групповая. Длительность программ также варьируется: от нескольких сессий до многонедельных терапевтических курсов. Вариабельная длительность и интенсивность вмешательства может приводить к различным результатам. Одно различие связано с применяемыми методами оценки. В некоторых исследованиях имеются различные психодиагностические оценки и инструменты измерения, такие как шкалы тревожности, депрессии или качества жизни. Также из-за этого сравнение результатов между исследованиями иногда оказывается затруднительным.

Методологические лимитирующие факторы эмпирических исследований арт-терапии связаны с несколькими факторов, которые могут влиять на достоверность и обобщаемость полученных данных. Одним из более распространённых ограничений является размер выборки. Во многих исследованиях численный состав участников ограничен, что нивелирует барьеры статистической мощности и затрудняет распространение данных на более широкую популяцию.



Следует отметить неоднородность используемых методик и форм арт-терапевтических интервенций. Разные исследования используют различные художественные техники, длительность терапии и формат занятий, что затрудняет сопоставление результатов между работами. Ещё одним ограничением является маленький период наблюдения. Многие работы оценивают результаты моментально после завершения терапии, не учитывая длительный эффект и устойчивость полученных изменений. Практическая диагностическая ценность арт-терапии заключается в возможности её применения в различных сферах психологической и медицинской помощи. Арт-терапия также может использоваться как дополнительный метод поддержки при работе с пациентами, испытывающими эмоциональные трудности, тревожность и депрессивные состояния.

В образовательной среде арт-терапевтические методы используются для психологической поддержки детей и подростков, развития эмоционального интеллекта, а также для облегчения социальной адаптации в инклюзивных группах. Использование творческой деятельности допускает участникам выражать эмоции и переживания в невербальной форме, что особенно очень важно для людей, испытывающих трудности в вербальном общении. В клинической практике арт-терапия используется как вспомогательный метод психотерапии при работе с пациентами с хроническими заболеваниями, посттравматическими переживаниями и различными психоэмоциональными расстройствами.

Также арт-терапия может быть интегрирована в программы психологической реабилитации и поддержки, направленные на улучшение эмоционального состояния и повышение качества жизни пациентов.



Таким образом, арт-терапия представляет собой перспективный инструмент психосоциальной помощи, который может хорошо дополнять традиционные методы терапии. [1,2,4].

Заключение

Арт-терапия в работе с инклюзивными пациентами выполняет функцию «социального лифта» и мощного реабилитационного инструмента. Она позволяет перевести фокус с патологии на творческую сохранность личности. Доказательная база, накопленная в Google Scholar и PubMed, подтверждает, что вовлечение в творческий процесс приводит к качественным изменениям в нейрофизиологическом и психосоциальном статусе пациентов, обеспечивая их успешную интеграцию в общество.

Источники и литература / Sources and references:

1. De Witte M. et al. Effects of arts therapies on mental health outcomes: A systematic review of meta-analyses // *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. P. 1–15.
2. Gabel A., Robb M. Creative Arts Therapies and Autism Spectrum Disorder: A Review of Evidence-Based Practice // *Journal of the American Art Therapy Association*. 2021. Vol. 38, no. 2. P. 70–82.
3. Haeyen S. et al. Art therapy for patients with personality disorders: An updated systematic review // *The Arts in Psychotherapy*. 2020. Vol. 70. P. 50–65.
4. Hu J. et al. The Impact of Art Therapy on Sensory Integration and Social Skills in Children with ASD // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021. Vol. 51. P. 110–125.
5. Копытин А. И. Современная клиническая арт-терапия: учебное пособие. М.: Когито-Центр, 2020. 352 с.



6. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь, 2021. 256 с.
7. Malchiodi C. A. Trauma and Expressive Arts Therapy: Brain, Body, and Imagination in the Healing Process. New York: Guilford Publications, 2020. 384 p.
8. Regev D., Cohen-Yatziv L. Effectiveness of Art Therapy With Adult Clients in 2020 — Updates and Outcomes // Frontiers in Psychology. 2020. Vol. 11. P. 120–145.
9. Schweizer C. et al. Art therapy for people with autism spectrum disorder: A systematic review // Frontiers in Psychology. 2021. Vol. 12. P. 200–225.
10. Zubala A., Karkou V. Arts Therapies in Schools: Research and Practice for Inclusive Education. London: Routledge, 2021. 296 p.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В УСЛОВИЯХ
ВООРУЖЁННОГО КОНФЛИКТА:
ИССЛЕДОВАНИЕ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

Иванов Д. Е., Шукалович Д. А.

*Кафедра правовой психологии, судебной экспертизы и психологии
ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия»
Россия, г. Саратов*

Аннотация. Целью статьи является анализ распространенности и причин личностных нарушений у мирных граждан, проживающих в районах военных конфликтов. Проведен теоретический анализ современной отечественной и иностранной литературы. Отмечена высокая распространенность посттравматических стрессовых расстройств. Имеются возрастные и гендерные различия нарушений эмоциональной сферы.



Ключевые слова: военные конфликты, мирное население, расстройства личности, возрастные и гендерные различия, анализ распространенности, причины психических нарушений.

**PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN THE CONTEXT
OF AN ARMED CONFLICT:
RESEARCH ON CIVILIAN POPULATION**

Ivanov D. E., Shukalovich D. A.

*Department of Legal Psychology,
Forensic Science and Psychology Russia, Saratov*

Abstract. The aim of the article is to analyze the prevalence and causes of personality disorders among civilians living in areas of military conflicts. A theoretical analysis of modern domestic and foreign literature is conducted. A high prevalence of post-traumatic stress disorders is noted. There are age and gender differences in emotional disorders.

Keywords: military conflicts, civilians, personality disorders, age and gender differences, prevalence analysis, causes of mental disorders.

Введение

Проблема изучения нарушений психики у населения в районах боевых действий является весьма актуальной. Военный конфликт является экстремальным фактором, влияющим как на поведение военнослужащих, так и на мирное население. Хронический и острый стресс в условиях войны вызывает разнообразные личностные нарушения. К симптомам посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) относят тревожность, бессонницу, нарушения эмоциональной сферы, вспышки агрессии, вегето-сосудистые нарушения, социально-психологическую дезадаптацию. ПТСР может провоцировать или



усиливать другие психические расстройства (суициды, алкоголизм, наркоманию). У 3-11% участников боевых действий наблюдаются симптомы ПТСР. У солдат с ранениями различной степени тяжести ПТСР встречается чаще (от 14 % до 17 %). Кроме этого, у них более, чем в 30 % случаев наблюдаются различные пограничные расстройства [9, с. 15]. В структуре психических расстройств наблюдают депрессию, тревожность и даже легкие когнитивные нарушения личности [5, с. 23].

Личностные нарушения наблюдаются не только у военнослужащих, но и у мирного населения, проживающего в зоне боевых действий.

Целью работы является анализ распространенности и причин личностных нарушений у мирных граждан, проживающих в районах военных конфликтов.

Объекты и методы исследования

Объектами исследования являются данные о личностных нарушениях у мирных граждан, проживающих в зонах военных конфликтов. В обзоре использованы литературные источники из баз данных научной электронной библиотеки e-library, Web of Science, Scopus; материалы сайтов <https://www.sciencedirect.com>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>, cyberleninka.ru и PsycINFO.

При написании статьи применялся теоретический анализ отечественной и иностранной литературы, изучение научных статей и публикаций по теме; обобщение и систематизация результатов отечественных и зарубежных исследований.

Результаты и их обсуждение

Анализ имеющихся данных дает основание выделить хронический стресс как главный фактор, вызывающий личностные нарушения у населения зоны боевых действий. Так, при обследовании студентов 1-4 курсов Луганского



государственного педагогического университета выявлены девушки, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством, характеризующимся стойкой личностной деформацией. Поведение студенток характеризовалось раздражительностью, агрессией и социально-психологической дезадаптацией. Причиной нарушений психики являлся затяжной военный конфликт и проведение специальной военной операции в Луганской Народной Республике. Диагностированы следующие клинические типы личностного расстройства: тревожный, астенический, дисфорический, соматоформный [4, с. 115].

С помощью дистанционных технологий проведено изучение распространенности ПТСР среди мирного населения Донецкой Народной Республики. Обследован 121 человек. Установлено наличие выраженных симптомов ПТСР у 20,6 % обследованных. Особенно много было больных в возрасте от 45 до 60 лет. У женщин симптомы ПТСР встречались почти в два раза чаще, чем у мужчин [10, с. 201-202].

Установлено, что принудительное переселение из прежнего места жительства и особенно попадание в новую культурную среду значительно усугубляют проблемы с психическим здоровьем, вызванные войной и её последствиями. Так, у 47,2 % украинских беженцев обнаружен высокий уровень ПТСР. У вынужденных переселенцев 32,9%, а у внутренне перемещенных лиц 39,4 % [12, с. 1].

Среди факторов, способствующих возникновению психических расстройств, можно выделить отсутствие квалифицированной психологической помощи в зоне конфликтов [8, с. 526]. Высокий уровень стресса у мирного населения вызывают такие факторы как: угрозы жизни и здоровью,



психологические, экономические, социальные и общественно-политические [3, с. 25].

Наиболее чувствительными к психотравмирующим факторам военных конфликтов являются дети и подростки. Сравнительные исследования подростков из Луганской Народной Республики показали наличие ряда личностных нарушений по сравнению с костромскими школьниками. Подростки из ЛНР испытывали значительные коммуникативные трудности и у 60 % наблюдались более выраженные реакции на травматический стресс [7, с. 112].

Нами проведен также анализ распространенности и причин личностных нарушений среди населения Сирии. Протесты в Сирии, которые начались в марте 2011 года, начавшиеся как мирные требования политических и экономических перемен, а также борьбы с коррупцией были жестоко подавлены режимом Башара Асада [6, с. 17]. Эта жестокость стала катализатором эскалации насилия, переросшего в кровопролитную гражданскую войну. Это вызвало масштабный гуманитарный кризис, который вызвал перемещение 6,1 миллионов граждан внутри страны, более 5,6 миллионов беженцев были вынуждены покинуть страну [1, с. 129].

Продолжительное воздействие боевых действий, насилия, экономической нестабильности и разрушения инфраструктуры оказало крайне негативное влияние на психическое здоровье населения Сирии. Выявлена высокая распространенность психических нарушений среди сирийского населения [11, с. 1]. Участникам исследований задавали базовые демографические вопросы, такие как пол, возраст, уровень образования, регион проживания в настоящее время и наличие кровного родства между родителями.

Также задавали несколько вопросов, как прямых, так и косвенных, о войне, в том числе о смене места жительства из-за войны, потере близких и



беспокойстве из-за звуков войны. Наконец, участников спрашивали, есть ли у них хронические заболевания. Таким образом, ПТСР было выявлено у 32 – 60% обследованных взрослых и 41 – 76% детей. Депрессивные расстройства выявлены у 40 – 55% взрослых и 32 – 47% детей. Тревожные расстройства диагностированы у 49 – 63% взрослого населения в зонах активного конфликта. Анализ динамики показывает тенденцию к хронизации психических нарушений с увеличением длительности конфликта.

Среди гражданского населения есть люди с различными психическими расстройствами. Стрессы военного времени могут негативно влиять на течение психических заболеваний. В Луганской Народной Республике проведено исследование 510 пациентов, страдающих биполярным расстройством, шизофренией, депрессией, эпилепсией, умственной отсталостью и органическим поражением головного мозга [2, с. 53]. Установлено ухудшение клинической картины заболеваний.

Заключение

Систематический анализ исследований показывает, что психическое здоровье мирного населения ухудшается в результате длительного военного конфликта. Особую озабоченность вызывает высокая распространенность ПТСР и депрессивных расстройств, а также тенденция к их хронизации.

Дети, инвалиды и пожилые люди наиболее уязвимы к стрессам военного времени и нарушению привычной социальной структуры и поддержки. У женщин выявлен повышенный риск развития депрессии по сравнению с мужчинами. Имеющиеся данные убедительно демонстрируют масштаб проблемы и необходимость интеграции психологической помощи в гуманитарные программы.



Источники и литература / Sources and references:

1. Аватков В. А., Крылов Д. С., Сыртмач М. М. Сирийский кризис беженцев. Проблемы вынужденного перемещения на Ближнем Востоке // Свободная мысль. – 2018. – № 6(1672). – С. 129-140.
2. Бобык, О. А. Проблема влияния стресса военного времени на состояние пациентов с расстройствами психики и поведения // Медицинский вестник Юга России. – 2023. – Т. 14, № 2. – С. 52-55.
3. Литвинова Р. М., Волобуев В. В., Рядинская Е. Н. Анализ факторов, воздействующих на психическое состояние мирных жителей, проживающих на территории вооруженного конфликта // Вестник Тверского государственного университета. Серия «Педагогика и психология». – 2022. – № 4(61). – С. 14-28.
4. Петруня О.М. Клинические типы и формирование травматической личности у студентов ЛГПУ, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством // Международный журнал гуманитарных и естественных наук (психологические науки). – 2024. – Т.9. – № 4(96). –С. 113-117.
5. Полушкина О.О., Кирюхина С.В. Особенности течения психических расстройств в условиях военного времени // Universum: медицина и фармакология. – 2023. – 6(99). – С. 105-123.
6. Ранчинский В. П. «Арабская весна» и Сирия // История. Общество. Политика. – 2021. – № 3(19). – С. 17-26.
7. Самохвалова А.Г., Вишневская О.Н., Тихомирова Е.В. «Дети войны»: трудности социализации и особенности восприятия мира // Социальная психология и общество. – 2026. – Т. 16. – № 1. – С. 105—123.
8. Сафонов А.С. Психические и поведенческие характеристики гражданского населения в зоне военных действий // Вестник науки. – 2026. –



Т. 3. – №3 (84). – С. 520 - 533 // Электронный ресурс: <https://www.вестник-науки.рф/article/21899> (дата обращения: 29.04.2026 г.)

9. Семенова, Н. В., Гончаренко, А. Ю., Ляшковская [и др.]. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н. В. Семенова, А. Ю. Гончаренко, С. В. Ляшковская [и др.]. - Санкт Петербург: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022 - 36 с.

10. Таукенова Л. М., Кащенко В. В. Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования // Распространенность ПТСР у мирных жителей ДНР. – 2024. – № 4. – С. 199-202.

11. Mental disorder and PTSD in Syria during wartime: a nationwide crisis / Kakaje A., Al Zohbi R., Aldeen O. H. [et al.] // BMC Psychiatry. – 2021. – V. 21. – №

12. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study / Lushchak O., Velykodna M., Bolman S. [et al.] // The Lancet Regional Health – Europe. – 2024. – V. 36. – P. 1-10.

ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТРАВМАТИЗМ ШАХТЕРОВ

Ивойлов В. М., Колесников О. М., Руднев П. С.

Кафедра информационных технологий

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Трудящиеся угледобывающей промышленности имеют наиболее высокие показатели травматизма. В статье дана характеристика производственных и социально-психологических факторов, оказывающих влияние на травматизм шахтеров. Установлено влияние таких факторов как



профессия, стаж работы по профессии, сложность и напряженность условий труда, ритмичность работы, психологический климат в бригаде или с отдельными членами коллектива. Обоснована необходимость их изучения и учета при разработке планов мероприятий, направленных на профилактику травматизма.

Ключевые слова: угледобывающая промышленность, травматизм, факторы риска, шахтеры, профилактика.

THE IMPACT OF INDUSTRIAL AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL FACTORS ON MINERS' INJURIES

Ivoilov V. M., Kolesnikov O. M., Rudnev P. S.

Department of Information Technology

Kemerovo State Medical University,

Russia, Kemerovo

Abstract. Workers in the coal mining industry have the highest rates of injury. The article provides a description of the production and socio-psychological factors that affect the safety of miners. It has been established that factors such as profession, length of service in the profession, complexity and intensity of working conditions, work rhythm, and the psychological climate in the team or with individual team members have an impact on the safety of miners. The article also emphasizes the importance of studying and considering these factors when developing plans for preventing injuries.

Keywords: Coal mining industry, injuries, risk factors, miners, prevention.

Введение

Кемеровская область – Кузбасс является одной из основных топливно-энергетических баз Российской Федерации. На долю Кузбасса приходится около



40% добычи угля в России. По коксующимся углям этот показатель достигает 70%. В добыче полезных ископаемых на территории Кемеровской области занято 112 тысяч человек. Эффективная работа угледобывающей промышленности Кузбасса является краеугольной в экономической безопасности региона и страны в целом [10, 250]. Угледобывающее производство сопровождается высокими уровнями травматизма и профессиональной заболеваемости несмотря на то, что в последние годы отмечается некоторое его снижение [3, 33; 2, 585]. Уровень заболеваемости по классу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в Кузбассе составляет 118,5 случая на 1000 населения.

Этот класс болезней занимает 3 ранговое место в случаях (11,5%) и днях (16,3%) в структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности после болезней органов дыхания, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. Отмечается снижение профессиональной заболеваемости на 46,6%, которая составляет 7,11 случая на 10000 работающего населения. Однако этот показатель в 8 раз выше, чем в Российской Федерации. В структуре причин профессиональной заболеваемости у шахтеров на первом месте стоят шум и вибрация - 51,5%, на втором месте – перегрузки и перенапряжения отдельных органов и систем организма – 40,4% [1, 170].

Медицинская помощь шахтерам оказывается широкой сетью медицинских организаций [11, 1147]. В Кузбассе качество и доступность медицинской помощи обеспечивается посредством повышения эффективности управления организациями системы здравоохранения на основе ГОСТ Р ИСО 9001:2015 и ресурсосберегающих технологий [7, 310]. В настоящее время в здравоохранении Кемеровской области идет реализация национальных проектов в области охраны здоровья населения [6, 7]. Важное значение в медицинских организациях



уделяется бережливому производству, подготовке врачей, обладающих «бережливым мышлением» [8, 172]. Эффективным инструментом по внедрению новых медицинских технологий является методика оценки достижения целевого значения критерия новой модели организации оказания медицинской помощи «количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей» [4, 95]. В здравоохранении Кузбасса интенсивно развиваются информационные технологии, используются медицинские информационные системы, искусственный интеллект, телемедицина [5]. Большое значение уделяется вопросам подготовки медицинских кадров, где используются передовые методики обучения, например, такие как тренажер для отработки навыков заполнения электронного листка нетрудоспособности [9].

Вместе с тем несмотря на то, что травматизму шахтеров посвящено много исследований уровни его остаются высокими. Отмечается высокий уровень профессиональной заболеваемости, внедряются новые методы производства, изменяется социально-экономическая ситуация жизни трудящихся, совершенствуется медицинская помощь. Все это требует дальнейшего изучения проблем, связанных с травматизмом. Исходя из этого исследование социально-психологических факторов травматизма шахтеров является весьма актуальным.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являются трудящиеся угледобывающих предприятий Киселевского и Прокопьевского бассейнов. Единицей наблюдения служит шахтер, получивший травму в течение календарного года. При проведении исследования использованы следующие методы: анализ литературных источников, анкетный метод, метод выкопировки из медицинской документации, математическая обработка материалов, интерпретация



полученных данных. Цель исследования заключается в установлении влияния производственных и социально-психологических факторов на травматизм шахтеров.

Результаты и их обсуждение

Материалы исследования свидетельствуют, что травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин на предприятиях угольной промышленности составляют $261,6 \pm 3,8$ в случаях и $203,4 \pm 13,0$ в днях нетрудоспособности в расчете на 1000 работающих. В структуре заболеваемости этот класс болезней занимает третье место после болезней органов дыхания и болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. Наиболее высокий уровень травматизма отмечается у подземных рабочих, где он на 50% выше, чем у рабочих шахтной поверхности. На горнорабочих очистного забоя приходится 27,9% травм, горнорабочих подземных – 22,0%, проходчиков – 20,6%.

На эти три профессиональные группы подземных рабочих приходится 70,5% все производственных травм с временной утратой трудоспособности. Анализ интенсивных показателей травматизма по профессиональным группам показывает, что он наиболее высокий у машинистов горных выемочных машин как по числу случаев, так и по числу дней нетрудоспособности. Чаше производственные травмы бывают в возрастных группах 25-29 лет и 30-34 лет. Наименьшее число травм приходится на возрастные группы до 20 лет и 45-49 лет. При анализе зависимости производственного травматизма от стажа работы по основной профессии установлено, что наиболее часто подвержены травматизму рабочие со стажем до 5 лет (56,4%). Наименьшие уровни травматизма характерны для рабочих со стажем 11 лет более (20,3%).



Рассмотрение уровней травматизма в зависимости от времени года показывает увеличение числа несчастных случаев в осенне-зимний период и особенно в декабре месяце. Важное значение в деятельности предприятий имеет ритмичность работы. После вынужденных простоев предприятий повышаются уровни травматизма. Установлена прямая сильная корреляционная связь между уровнями травматизма и числом нерабочих дней в году (коэффициент корреляции равен $+0,922$; $P < 0,05$). Изучение травматизма в зависимости от дней недели показывает, что наибольшее число травм регистрируется в понедельник (18,7%). Наименьшее - в воскресенье (4,6%). Это связано с тем, что большинство трудящихся в этот день отдыхают, а работают только те, кто непосредственно связан с добычей угля.

Шахты Кузбасса работают по непрерывной рабочей неделе, по четырехсменному графику. Самое большое число травм регистрируется в первую смену (44,0%), наименьшее – в четвертую смену (16,4%). Это объясняется организацией трудового процесса и технологией добычи угля. В первую смену, как правило, выполняются основные, наиболее тяжелые работы по проходке выработок и добыче угля. Отмечается неравномерное распределение производственных травм по часам смены. Наименьший удельный вес наблюдается в первый час работы (10,7%). В последующие часы число несчастных случаев увеличивается и достигает своего максимума на пятом часу работы (21,5%). Это связано с накоплением физической усталости, снижением внимания и притуплением чувства осторожности.

При изучении влияния психологического микроклимата в бригаде установлено, что там, где существуют напряженные отношения, конфликтные ситуации, недружеские отношения уровни травматизма выше (57%), чем в



коллективах с благоприятной психологической обстановкой, атмосферой взаимовыручки и уважения (43%).

Заключение

На протяжении многих лет добыча угля сопровождается высокими уровнями травматизма. Несмотря на то, что в последние годы отмечается некоторое снижение числа травм, уровни травматизма шахтеров остаются высокими и составляют $261,6 \pm 3,8$ в случаях и $203,4 \pm 13,0$ в днях нетрудоспособности в расчете на 1000 работающих. Наиболее высокий уровень травматизма отмечается у подземных рабочих, где он на 50% выше чем у рабочих шахтной поверхности. Самые высокие уровни травматизма приходятся на профессиональные группы машинистов горных выемочных машин и горнорабочих очистного забоя, в возрасте 25-34 лет, при профессиональном стаже работы до 5 лет, в конце календарного года, в начале рабочей недели, в первую смену, на пятом часу работы в смене. Установлена прямая корреляционная связь между числом нерабочих дней в году и уровнями производственного травматизма. Отмечаются более низкие показатели травматизма в коллективах с благоприятной психологической обстановкой, атмосферой взаимовыручки и уважения (43%).

Выявленные в ходе исследования факторы риска необходимо использовать при формировании планов по профилактике травматизма на предприятиях угольной промышленности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Кемеровской области – Кузбассе в 2024 году». – Кемерово, 2024. – 271 с.



2. Ивойлов, В. М. Медико-социальные проблемы безопасности жизнедеятельности шахтеров / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины: сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 569-585. – EDN FCWXIV.

3. Ивойлов, В. М. Медицина экстремальных ситуаций в научно-образовательной деятельности Кемеровского государственного медицинского университета / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2025. – Т. 6, № 1. – С. 33-36. – EDN GQOITO.

4. Копытина, Н. В. Методика оценки достижения целевого значения критерия новой модели организации оказания медицинской помощи «количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей» / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. С. Кырыкбаева // Прокузбасс 2023 : МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО ФОРУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 89-96. – EDN HSNGIP.

5. Копытина, Н. В. Роль информатизации в модернизации здравоохранения Кузбасса / Н. В. Копытина, Г. В. Акименко // Дневник науки. – 2025. – № 2(98). – EDN UENDVQ.

6. Копытина, Н. В. Роль медицинского вуза в реализации национальных проектов в здравоохранении / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. Л. Кан // Медицина в Кузбассе. – 2025. – Т. 24, № 3. – С. 5-10. – DOI 10.24412/2687-0053-2025-3-5-10. – EDN VKFJQX.



7. Обеспечение качества и доступности медицинской помощи посредством повышения эффективности управления организациями системы здравоохранения на основе ГОСТ Р ИСО 9001:2015 и ресурсосберегающих технологий (бережливого производства) : Учебное пособие для обучающихся по программам дополнительного профессионального образования / Г. Н. Царик, Г. И. Колпинский, О. Л. Рытенкова [и др.]. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Кемерово : ООО «ИНТ», 2019. – 315 с. – ISBN 978-5-8151-0138-8. – EDN JFDZOA.

8. Проект «подготовка врачей, обладающих бережливым мышлением». Некоторые результаты изучения проблем / Т. А. Штернис, Ю. С. Чурсина, И. И. Селин [и др.] // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения : материалы XIV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 28 декабря 2022 года. – Кемерово: КемГМУ, 2022. – С. 166-173. – EDN YQJGCU.

9. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2023663973 Российская Федерация. Тренажер для отработки навыков заполнения электронного листка нетрудоспособности: № 2023619621: заявл. 15.05.2023: опубл. 29.06.2023 / Т. А. Штернис, Н. В. Копытина, С. С. Ваземиллер [и др.] ; заявитель Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – EDN IDVMRH.

10. Современное состояние экономической безопасности Кемеровской области-Кузбасс / О. Ю. Тихонова, И. И. Берсенева, А. А. Сашко, В. Г. Вершинин // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2024. – Т. 14, № 5-1. – С. 243-252. – EDN XKIKZU.



11. Штернис, Т. А. Медико-профилактическая помощь трудящимся угольной промышленности и ее влияние на безопасность жизнедеятельности / Т. А. Штернис, И. В. Самусь, О. М. Колесников // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины: сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 1147-1156. – EDN FFUCIS.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОКСИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Исаков Л. К.

*Кафедра последипломной подготовки и сестринского дела,
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»*

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Лаборатория технологий оказания неотложной помощи

НОЦ «Медицина экстремальных ситуаций»

Аннотация. Гипоксия является универсальным патогенетическим звеном критических состояний различного генеза, включая сепсис, тяжелые отравления, травматический и кардиогенный шок. Несмотря на широкое применение кислородотерапии, ее эффективность ограничена, а неконтролируемая гипероксия может потенцировать окислительный стресс. В настоящей статье представлен анализ современных медикаментозных методов коррекции гипоксии, основанных на модуляции кислородтранспортной функции крови, энергетического метаболизма митохондрий и кислород-чувствительных сигнальных путей. Рассматриваются клинические данные по применению антигипоксантов (сукцинатсодержащие препараты, мексикор), инотропных средств с уникальным механизмом действия (леворосимендан), модификаторов



средства гемоглобина к кислороду (вокселотор), а также перспективы использования ингибиторов сукцинатдегидрогеназы и активаторов HIF. Показано, что персонализированный выбор стратегии антигипоксической терапии, направленный на восстановление не только макро-, но и микрогемодинамики, является ключевым фактором улучшения исходов у данной категории больных.

Ключевые слова: гипоксия, критическое состояние, антигипоксанты, митохондриальная дисфункция, сепсис, окислительный стресс, реперфузионное повреждение, кислородтранспортная функция.

MEDICAMENTAL METHODS OF CORRECTION OF HYPOXIA IN CRITICAL CONDITIONS

Isakov L. K.

*Department of Postgraduate Training and Nursing,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

*Laboratory of Emergency Care Technologies
Research Center for Medicine of Extreme Situations*

Abstract. Hypoxia is a universal pathogenetic link of critical conditions of various origins, including sepsis, severe poisoning, traumatic and cardiogenic shock. Despite the widespread use of oxygen therapy, its effectiveness is limited, and uncontrolled hyperoxia can potentiate oxidative stress. This article provides an analysis of modern pharmacological methods for correcting hypoxia based on the modulation of blood oxygen transport function, mitochondrial energy metabolism, and oxygen-sensitive signaling pathways. The article discusses clinical data on the use of antihypoxants (succinate-containing drugs, mexicor), inotropic drugs with a unique mechanism of action (levorosimendan), modifiers of hemoglobin oxygen affinity (voxelotor), as well as the prospects for using succinate dehydrogenase inhibitors and



HIF activators. It is shown that a personalized choice of an antihypoxic therapy strategy aimed at restoring not only macro- but also microhemodynamics is a key factor in improving outcomes in this category of patients.

Keywords: hypoxia, critical condition, antihypoxants, mitochondrial dysfunction, sepsis, oxidative stress, reperfusion damage, oxygen transport function.

Введение

Критические состояния в медицине характеризуются декомпенсацией жизненно важных функций организма, что создает высокий риск летального исхода. Центральным звеном патогенеза этих состояний является гипоксия — нарушение доставки и/или утилизации кислорода тканями, приводящее к энергетическому дефициту, накоплению лактата и активации свободнорадикального окисления [1, 2].

Традиционная респираторная поддержка и коррекция системной гемодинамики не всегда позволяют полностью восстановить оксигенацию тканей, особенно на уровне микрососудистого русла. В связи с этим актуальным направлением современной реаниматологии является разработка и внедрение фармакологических стратегий, направленных на различные звенья патофизиологического каскада гипоксии: от оптимизации транспорта кислорода кровью до прямой защиты митохондрий и модуляции адаптивных механизмов.

Патогенетические механизмы гипоксии при критических состояниях

Развитие гипоксии при критических состояниях носит многофакторный характер. Выделяют несколько ключевых механизмов:

1. Циркуляторный: снижение сердечного выброса, вазоплегия, нарушение микроваскулярной перфузии, что особенно характерно для септического и кардиогенного шока [2, 3].



2. Гемический: снижение кислородной емкости крови (анемия), нарушение сродства гемоглобина к кислороду, блокада кислородтранспортных систем при отравлениях (например, метгемоглобинообразователями или оксидом углерода) [4].

3. Гистотоксический (митохондриальный): нарушение утилизации кислорода тканями вследствие дисфункции электрон-транспортной цепи митохондрий. Ключевую роль в этом процессе играет накопление сукцината и обратный ток электронов через комплекс II, что парадоксальным образом усиливает продукцию активных форм кислорода (АФК) при восстановлении оксигенации [5].

Метаболический: истощение пулов NAD^+ , нарушение работы ферментов цикла Кребса и окислительного фосфорилирования [6].

Понимание этих механизмов лежит в основе дифференцированного подхода к фармакологической коррекции.

Метаболическая коррекция: антигипоксанты и антиоксиданты

Одним из наиболее изученных направлений в отечественной реаниматологии является применение антигипоксантов, содержащих янтарную кислоту (сукцинат).

Препараты реамберин и цитофлавин демонстрируют эффективность за счет включения сукцината в цикл трикарбоновых кислот, что позволяет обойти заблокированные участки митохондриального дыхания и восстановить синтез АТФ [4, 7].

В исследовании G. A. Livanov и соавт. (2003) показано, что включение реамберина и цитофлавина в схему интенсивной терапии больных с острыми отравлениями нейротропными ядами приводит к сокращению продолжительности коматозного состояния на 12,5%. Однако критическим



фактором, ограничивающим эффективность метаболических антигипоксантов, является временной интервал: при поступлении пациентов позднее 20 часов от момента отравления, монотерапия этими средствами оказывалась неэффективной. В то же время, комбинация цитофлавина с перфтораном (средством, улучшающим транспорт кислорода) позволила добиться выживания 22 из 24 пациентов, поступивших в коме после 20-часового периода, тогда как в группе сравнения (без данной комбинации) погибли все 20 пациентов [7].

Другим перспективным антигипоксантом является мексикор. В экспериментальных и клинических исследованиях показано, что он эффективно корригирует иммунометаболические нарушения, возникающие на фоне гипоксии. Мексикор снижает интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ), стабилизирует мембраны клеток и улучшает энергетический гомеостаз, что особенно актуально при ишемии печени и критической ишемии нижних конечностей [8].

Коррекция микрогемодинамики и транспорта кислорода

Восстановление системного кровотока (сердечного выброса) не всегда сопровождается адекватной оксигенацией тканей на микроциркуляторном уровне. Данное явление, известное как «феномен гемодинамической диссоциации», требует применения вазоактивных средств с особыми свойствами.

Сравнительное исследование М. Fries и соавт. (2008) на модели септического шока показало, что стандартный катехоламин норадреналин, хотя и восстанавливает сердечный выброс, не оказывает значимого влияния на микроваскулярную оксигенацию (микроPO₂). Напротив, ингибитор фосфодиэстеразы III и сенситизатор кальция леворосимендан не только нормализовал сердечный выброс, но и статистически значимо улучшал



микро PO_2 через 1 и 2 часа инфузии. Авторы предполагают, что этот эффект реализуется через механизмы, независимые от макроциркуляторной гемодинамики, возможно, за счет вазодилатации на уровне микрососудов и противовоспалительного действия [3].

Анализ данных по применению добутамина и допексамина также подтверждает, что некоторые инотропы способны улучшать перфузию слизистой желудка и насыщение микрососудов гемоглобином, что не всегда коррелирует с изменениями общего сердечного выброса [9].

Модуляция сродства гемоглобина к кислороду

Альтернативным подходом является фармакологическое воздействие на кривую диссоциации оксигемоглобина. Вокселотор — ингибитор полимеризации серповидного гемоглобина, одобренный FDA для лечения серповидно-клеточной анемии. Механизм его действия основан на повышении сродства гемоглобина к кислороду.

В 2023 году опубликованы данные о применении вокселотора у двух пациентов без серповидно-клеточной анемии, находившихся в отделении реанимации с персистирующей гипоксией на фоне тяжелой сердечной и печеночной недостаточности. Применение препарата позволило улучшить оксигенацию и облегчить отлучение пациентов от механической поддержки (ЭКМО и ИВЛ). Эти данные открывают новое направление в коррекции гипоксии — манипуляцию сродством гемоглобина к кислороду в критических состояниях, хотя требуются дальнейшие рандомизированные исследования для подтверждения безопасности и эффективности [10].

Новые мишени: HIF и митохондриальные пути

Современные представления о патогенезе гипоксии связаны с изучением фактора, индуцируемого гипоксией (HIF-1 α). В норме HIF-1 α быстро



разрушается под действием пролилгидроксилаз. В условиях гипоксии его деградация подавляется, что запускает транскрипцию генов, способствующих адаптации: ангиогенезу (VEGF), эритропоэзу и переключению метаболизма на гликолиз [2].

В обзорной статье, опубликованной в Nature Reviews Cardiology (2024), подчеркивается, что применение фармакологических активаторов HIF может быть перспективной стратегией, не зависящей от уровня подаваемого кислорода. Эти агенты способны имитировать гипоксический preconditioning и защищать органы от ишемически-реперфузионного повреждения [2].

Кроме того, открытие механизма обратного транспорта электронов (ОТЭ) через комплекс II митохондрий при реоксигенации позволило предложить новую терапевтическую мишень - сукцинатдегидрогеназу. Гипотеза, выдвинутая в обзоре за 2015 год, предполагает, что временное ингибирование этого комплекса или применение митохондриально-направленных антиоксидантов в момент восстановления кровотока может предотвратить фатальный выброс АФК, характерный для синдрома ишемии-реперфузии и сепсиса [5].

Заключение

Фармакологическая коррекция гипоксии в интенсивной терапии выходит за рамки простого восполнения дефицита кислорода. Современные данные свидетельствуют о необходимости многоуровневого подхода, включающего:

1. Метаболическую поддержку для восполнения энергетического дефицита.
2. Оптимизацию микрогемодинамики с использованием средств, улучшающих микроциркуляцию независимо от системного давления (леворосимендан).



3. Модуляцию транспорта кислорода (перфторан, вокселотор) в случаях нарушения кислородтранспортной функции.

4. Таргетное воздействие на молекулярные механизмы гипоксии (ингибиторы пролилгидроксилаз, модуляторы сукцинатдегидрогеназы).

Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку алгоритмов персонализированной терапии, основанных на биомаркерах митохондриальной дисфункции (лактат, соотношение NAD^+/NADH) и мониторинге микроваскулярной оксигенации, что позволит повысить эффективность и безопасность лечения критических состояний.

Источники и литература / Sources and references:

1. Livanov G.A., Bazarova V.G., Batotsyrenov B.V., et al. [Mechanism of neuroprotector action of metabolic antihypoxant reamberin in patients with toxicohypoxic encephalopathy]. *Eksp Klin Farmakol*. 2012;75(1):34-8. (in Russian)

2. Liang Y., Ruan W., Jiang Y., et al. Interplay of Hypoxia-Inducible Factors and Oxygen Therapy in Cardiovascular Medicine. *Nature Reviews Cardiology*. 2024. (IF 49.4)

3. Fries M., Ince C., Rossaint R., et al. Levosimendan but not norepinephrine improves microvascular oxygenation during experimental septic shock. *Crit Care Med*. 2008 Jun;36(6):1886-91.

4. Ливанов Г.А., Батоцыренов Б.В., Лодягин А.Н., и др. Коррекция транспорта кислорода и метаболических нарушений при острых отравлениях веществами нейротропного действия. *Общая реаниматология*. 2007.

5. В.Г. (Авторы обзора 2015 года). Sepsis, oxidative stress, and hypoxia: Are there clues to better treatment? *Redox Rep*. 2015;20(5):193–197.



6. Hypoxia-Inducible Factor 1-alpha (HIF1 α), Nicotinamide Adenine Dinucleotide (NAD⁺, NADH), and Nitric Oxide (NO) interplay in critically ill patients... *Patient Safety in Surgery*. 2025; 19:30.
7. Livanov G.A., et al. [Method of pharmacological treatment of the consequences of hypoxia in critically ill patients with acute poisoning]. *Anesteziol Reanimatol*. 2003 Mar-Apr;(2):51-4.
8. Николаев С.Б. Фармакологическая коррекция иммунометаболических нарушений в условиях гипоксии (экспериментально-клиническое исследование): дисс. ... д-ра мед. наук. 2011.
9. Ince C., et al. The role of vasoactive agents in the resuscitation of microvascular perfusion and tissue oxygenation in critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2010;36(9):S147-S155.
10. Al-Qudsi O., et al. Voxelotor as a Treatment of Persistent Hypoxia in the ICU. *Chest*. 2023 Jul;164(1):e1-e4.

ЭЛЕМЕНТЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ К РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ НА НЕПРОФИЛЬНЫХ КАФЕДРАХ

Колесников О.М.¹, Сашко А.А.², Акименко Г.В.³

¹Кафедра информационных технологий

²Кафедра организации и тактики медицинской службы,
медицины катастроф

³Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье приводится система подготовки студентов медицинского вуза по работе в чрезвычайных ситуациях. Описана роль в обучении студентов созданного в вузе Научно-образовательного Центра



медицины экстремальных ситуаций. Рассмотрена главенствующая роль кафедры организации и тактики медицинской службы, медицины катастроф в обучении студентов по работе в чрезвычайных ситуациях, а также деятельность 30 смежных дисциплин в освоении данного раздела медицины. На примере кафедры информационных технологий показана возможность участия непрофильных кафедр в системе подготовки студентов к работе в чрезвычайных ситуациях.

Ключевые слова: подготовка студентов, чрезвычайные ситуации, не профильные кафедры, гражданская оборона, ресурсно-ограниченная среда, психологическая устойчивость, междисциплинарный подход.

ELEMENTS OF PREPARING STUDENTS FOR WORK IN EMERGENCY SITUATIONS IN NON-PROFESSIONAL DEPARTMENTS

Kolesnikov O.M.¹, Sashko A.A.², Akimenko G.V.³

¹*Department of Information Technology*

²*Department of Organization and Tactics of Medical Service and Disaster Medicine*

³*Department of Clinical Psychology*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article presents the system of training medical students to work in emergency situations. The role of the Scientific and Educational Center for Medicine of Extreme Situations, established at the university, in teaching students to work in emergency situations is described. The leading role of the Department of Organization and Tactics of Medical Service and Disaster Medicine in teaching students to work in emergency situations, as well as the activities of 30 related disciplines in mastering this area of medicine, is considered. The example of the Department of Information Technology shows the possibility of non-core departments participating in the system of training students to work in emergency situations.



Keywords: student training, emergency situations, non-core departments, civil defense, resource-limited environment, psychological resilience, and an interdisciplinary approach.

Введение

Современный мир характеризуется возрастающей частотой и масштабностью чрезвычайных ситуаций (ЧС) - от природных катастроф и техногенных аварий до эпидемий и террористических актов. Традиционно подготовка к действиям в таких условиях является прерогативой профильных специалистов: спасателей, пожарных, медиков и военнослужащих. Однако реальность показывает, что первые минуты и даже часы после возникновения ЧС критически важны, и именно «непрофильные» очевидцы - студенты, оказавшиеся на месте событий, - зачастую становятся первым звеном в цепи реагирования. Это поднимает проблему: как и чему учить студентов, чья основная специальность далека от спасения жизней (будущих инженеров, юристов, экономистов, педагогов), чтобы их действия в экстремальной ситуации были эффективными и, что не менее важно, безопасными для них самих?

Проблема усугубляется тем, что традиционная система курса «Безопасность жизнедеятельности» (БЖД) в российских вузах часто носит формальный, теоретический характер и не формирует устойчивых практических навыков. Зарубежный опыт, напротив, предлагает широкий спектр интегрированных программ, где элементы ЧС-подготовки встроены в образовательный процесс для всех желающих, независимо от их специализации

Кемеровская область – Кузбасс является одной из наиболее урбанизированных территорий Российской Федерации с развитой промышленностью представленной предприятиями угледобычи, металлургии,



химии и другими. На этих предприятиях работает большинство трудящихся региона. К сожалению, такое производство сопровождается тяжелыми условиями труда и чрезвычайными ситуациями, приводящими к травмам и отравлениям. Наблюдается большое число дорожно-транспортных происшествий, сопровождающихся травмами.

В Кемеровской области среди возрастной группы 18-30 лет более половины умирают из-за травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин. В возрастной группе 30-40 лет эти причины стоят на втором месте. Поэтому наряду с совершенствованием технологии производства, соблюдением техники безопасности, остро стоят вопросы своевременного и квалифицированного оказания помощи пострадавшим. А это в свою очередь во многом зависит от подготовки кадров. Причем не только высококвалифицированных медицинских специалистов, но и подготовки широких масс населения в вопросах оказания первой помощи пострадавшим. В медицинских вузах такой подготовкой занимаются кафедры экстремальной медицины и медицины катастроф. Вместе с тем вопросы связанные с оказанием помощи пострадавшим в экстремальных условиях рассматриваются и на других кафедрах. Учебный процесс на кафедрах построен с использованием современных образовательных технологий [9, 561]. В нем применяются разнообразные инновационные технологии и педагогические методики [6, 678]. К таким методикам, например, относится «перевернутый» класс, при которой обучающийся самостоятельно, во внеучебное время осваивает заданную тему, а затем в аудитории осуществляется ее обсуждение [8, 473]. Методика просьюмеризма предполагает активное участие студентов в создании материала для своего обучения, сотрудничество с преподавателем [7, 180].



Интересным педагогическим приемом является геймификация – применение игровых элементов в освоении учебного материала [1, 80]. Современное обучение невозможно без персонализация образовательной деятельности, включение студентов в решение задач образовательного процесса [3, 120]. Знание и учет потребности самих обучающихся существенно повышает эффективность образовательного процесса [4, 219]. В обучении студентов широко применяются современные информационные технологии [11, 5]. Важное значение отводится развитию бережливых технологий в образовательной среде [10, 45].

Исходя из вышеизложенного исследование, посвященное возможностям обучения студентов на непрофильных кафедрах элементам работы в чрезвычайных ситуациях, является актуальным.

Цель исследования заключается в определении вклада непрофильных кафедр в систему подготовки студентов к работе в чрезвычайные ситуации.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования является учебный процесс в Кемеровском государственном медицинском университете. Единицами исследования служат общие профессиональные образовательные программы по направлениям подготовки и рабочие программы дисциплин кафедр университета. При проведении исследования использованы следующие методы: обзор литературных источников, выкопировка данных из общих профессиональных образовательных программ по направлениям подготовки и рабочих программ дисциплин кафедр университета, анализ и интерпретация материалов исследования.



Результаты и их обсуждение

В Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации создан и функционирует Научно-образовательный Центр медицины экстремальных ситуаций. Этот Центр имеет хорошую учебную и научную базу, квалифицированные кадры, большой опыт педагогической деятельности [2, 36]. Центр создан в соответствии со стратегическими проектами вуза и является эффективным инструментом развития образовательных программ и повышения качества образования [5, 346]. Он участвует в подготовке медицинских и других специалистов способных быстро и качественно оказать необходимую помощь при разнообразных чрезвычайных ситуациях. Здесь создаются модели образовательного процесса в области медицины экстремальных ситуаций, их масштабирование и распространение в других образовательных организациях. Проводится научно-исследовательская работа в специально созданных лабораториях: технологий оказания неотложной помощи; средств противодействия биологическим угрозам; психологии экстремальных ситуаций и психореабилитации; средств медицинской реабилитации.

Основное обучение осуществляется на кафедре организации и тактики медицинской службы, медицины катастроф. После прохождения обучения студенты должны уметь оказывать первую помощь, доврачебную и врачебную помощь, проводить медицинскую сортировку и эвакуацию, санитарно-просветительную работу. Должны владеть навыками оказания первой помощи, методикой осмотра пострадавшего, постановки диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, организацией эвакуации. Для подготовки специалиста, владеющего такими умениями и навыками, требуется



соответствующее обучение по смежным дисциплинам, таким как микробиология, патологическая физиология, хирургия, терапия, анестезиология и реаниматология, клиническая фармакология, травматология и ортопедия, офтальмология, оториноларингология, психиатрия и наркология, кардиология, детские болезни, акушерство и гинекология, эпидемиология, гигиена и другие. Участие в подготовке студентов по работе в чрезвычайных ситуациях такого большого числа кафедр требует соответствующей координации. Эта деятельность возложена на Научно-образовательный центр «Медицина экстремальных ситуаций». Проведена актуализация общих профессиональных образовательных программ по направлениям подготовки, внесены изменения в рабочие программы 30 дисциплин и 13 практик.

Вместе с тем непрофильные кафедры, не входящие в трек «Образование» Стратегического проекта «Научно-образовательный Центр медицины экстремальных ситуаций» должны найти свое место в подготовке студентов по данному направлению. В исследовании подробно рассмотрены рабочие программы дисциплин информатика и информационные технологии. Так при изучении программы Word студенты получают задание по написанию текстов, связанных с оказанием помощи в экстремальных ситуациях, затем при освоении программы PowerPoint формируют презентации по этим же темам.

На занятиях по информационным технологиям при изучении темы виртуальная реальность используется VR симулятор «Первая помощь», содержащая 10 сценариев экстремальных ситуаций: потеря сознания, кровотечение, травма и прочие. Студенты, выполняя основную задачу по изучению вопросов, связанных с виртуальной реальностью, одновременно осваивают алгоритмы оказания первой помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях. При изучении темы программирования студенты осваивают



материал на примере компьютерной игры «Чрезвычайная ситуация: хлор». Студенты обучаясь методикам написания программ для ЭВМ, приемам анимации, что входит в рабочую программу дисциплины информационные технологии, учатся как вести себя в ситуации попадания в атмосферу паров хлора. Более 90% обучающихся положительно оценивают такую форму обучения.

Заключение

Подготовка студентов не профильных кафедр к действиям в чрезвычайных ситуациях — это не второстепенная, а стратегическая задача высшего образования, направленная на повышение общей устойчивости общества к угрозам. Анализ международного опыта показывает, что эффективная подготовка такого рода базируется не на пересказе правил, а на формировании конкретных, многократно отработанных в симуляции навыков выживания, оказания помощи и психологической саморегуляции в условиях дефицита ресурсов

Координирующим органом в образовательном процессе является «Научно-образовательный Центр медицины экстремальных ситуаций», созданный в вузе в 2025 году. Нацеленность на подготовку и формирование компетенций у студентов в области оказания помощи в чрезвычайных ситуациях является обязательной не только для кафедры организации и тактики медицинской службы, медицины катастроф, но и непрофильных кафедр медицинского вуза. Только совместными усилиями кафедр можно подготовить выпускников (всех специальностей) способных выявлять, идентифицировать и оценивать факторы антропогенного и биологического воздействия, обладающих психологической готовностью, устойчивыми знаниями и навыками оказания медицинской помощи в экстремальных ситуациях.



Источники и литература / Sources and references:

1. Геймификация в образовательном процессе / Т. А. Штернис, Е. М. Размахнина, Н. В. Копытина, С. С. Кырыкбаева // Актуальные проблемы высшего и среднего образования : материалы XV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 20 декабря 2023 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2023. – С. 71-80. – EDN MHFFIG.
2. Ивойлов, В. М. Медицина экстремальных ситуаций в научно-образовательной деятельности Кемеровского государственного медицинского университета / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2025. – Т. 6, № 1. – С. 33-36. – EDN GQOITO.
3. Ивойлов, В. М. Персонализация образовательной деятельности в современных условиях: включение студентов в решение задач образовательного процесса / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2024. – Т. 5, № 3. – С. 118-120. – EDN JPDPYZ.
4. Ивойлов, В. М. Повышение эффективности высшего медицинского образования с учетом потребностей обучающихся / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис, Н. В. Копытина // Современный мир, природа и человек : сборник материалов XXIII Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2024 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2024. – С. 210-219. – EDN SXTOEN.
5. Ивойлов, В. М. Стратегические проекты в медицинском вузе как эффективный инструмент развития образовательных программ и повышения качества медицинского образования / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А.



Штернис // Актуальные вызовы и проблемы медицинского и фармацевтического образования : материалы XVI научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 26 февраля 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 338-346. – EDN JSVVAU.

6. Копытина, Н. В. Инновационные технологии в подготовке студентов медицинского вуза / Н. В. Копытина, И. В. Самусь, О. М. Колесников // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины: сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 666-678. – EDN KVHSYG.

7. Копытина, Н. В. Просьюмеризм в высшем учебном заведении: участие студентов в решении проблем образовательного процесса / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, Т. Ю. Джолдошева // Прокузбасс 2023 : МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО ФОРУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 175-181. – EDN HKVIVK.

8. Копытина, Н. В. Роль современной образовательной технологии «перевернутый класс» в повышении качества образования за счет персонализации образовательной деятельности и вовлеченности студентов в образовательный процесс / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. С. Кырыкбаева // Актуальные проблемы высшего и среднего образования : материалы XV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 20 декабря



2023 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2023. – С. 467-474. – EDN DTIAGJ.

9. Развитие информационных технологий в Кемеровском государственном медицинском университете / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, Н. А. Огорокова // Актуальные проблемы профилактической медицины : материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 150-летию со дня рождения академика Н.А. Семашко, Кемерово, 12 декабря 2024 года. – Кемерово: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2024. – С. 551-562. – EDN ECDIOU.

10. Штернис, Т. А. Бережливые технологии в образовательной среде / Т. А. Штернис, Н. В. Копытина // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения: материалы XIII научно-методической онлайн конференции с международным участием, Кемерово, 22 декабря 2020 года. – Кемерово: КемГМУ, 2021. – С. 39-46. – EDN MCEYTL.

11. Штернис, Т. А. Трансформация процесса преподавания информационных технологий при подготовке медицинских кадров / Т. А. Штернис, С. Л. Кан, Н. В. Копытина // Медицина в Кузбассе. – 2025. – Т. 24, № 4. – С. 5-10. – DOI 10.24412/2687-0053-2025-4-5-10. – EDN BHVVLS.



ЗНАЧЕНИЕ НЕГАТИВНЫХ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРУДЯЩИХСЯ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ОТРАСЛИ

Копытина Н. В.¹, Ивойлова О. В.¹, Швецов А. А.²

¹*Кафедра информационных технологий*

²*Кафедра инфекционных болезней*

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье представлены данные об уровнях профессиональных заболеваний у шахтеров. Приведена структура профессиональной патологии у трудящихся угледобывающей промышленности. Определены факторы риска, оказывающие влияние на развитие профессиональных заболеваний. Проанализирована организационная структура медико-профилактической помощи при профессиональных заболеваниях у шахтеров. Предложены мероприятия по профилактике возникновения данных заболеваний.

Ключевые слова: шахтеры, факторы риска, профессиональная заболеваемость, медицинские организации, профилактика.

THE IMPORTANCE OF NEGATIVE ENVIRONMENTAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL DISEASES AMONG WORKERS IN THE COAL MINING INDUSTRY

Kopytina N. V.¹, Ivoilova O. V.¹, Shvetsov A. A.²

¹*Department of Information Technology*

²*Department of Infectious Diseases*

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The article presents data on the levels of occupational diseases among miners. It describes the structure of occupational pathology among workers in the coal mining industry. The article identifies the risk factors that influence the development



of occupational diseases. It analyzes the organizational structure of medical and preventive care for occupational diseases among miners. The article proposes measures to prevent the occurrence of these diseases.

Keywords: miners, risk factors, occupational diseases, medical organizations, prevention.

Введение

Российская Федерация является одной из ведущих стран мира по добыче и экспорту угля. А Кемеровская область – Кузбасс определяется как основной угледобывающий регион России, где производится более половины всего угля страны. Около 30% населения трудоспособного возраста региона (более 100 тысяч человек) работают в угледобывающей отрасли. В последние годы в Кузбассе добывается около 200 миллионов тонн угля. В «Стратегии социально-экономического развития Кемеровской области – Кузбасса до 2035 года» предусматривается увеличение добычи угля на 30% [7, 245].

Производство угледобывающей отрасли сопровождается профессиональными заболеваниями трудящихся. Причем в этой отрасли наблюдаются самые высокие уровни данной патологии. Профессиональная заболеваемость возникает в результате воздействия на человека неблагоприятных условий труда: запыленности, вибрации, шума, неудовлетворительного микроклимата на рабочем месте, напряженности трудового процесса и других. Большинство рабочих мест шахтеров характеризуется комплексным воздействием неблагоприятных факторов. Около 93% причин смертности шахтеров с диагнозом профзаболеваний связаны с вредными условиями труда [6, 426].



Уровень профессиональной заболеваемости в Кемеровской области – Кузбассе в 2024 году составил 7,11 случаев на 10000 работающего населения. По сравнению с 2015 годом профессиональная заболеваемость снизилась на 46,6%, что стало результатом активной профилактической работы. В угледобывающей промышленности Кузбасса профессиональная заболеваемость самая высокая по сравнению с другими отраслями народного хозяйства и составляет 45,52 случая на 10000 работающего населения. В структуре причин профессиональных заболеваний у шахтеров первое место занимают шум и вибрация – 51,5%, на втором месте – перегрузки и перенапряжения отдельных органов и систем - 40,4% [1, 164].

Литературные данные свидетельствуют, что важное место в профилактике профессиональной заболеваемости принадлежит качеству жизни трудящихся [4, 26]. Описывается зависимость уровня здоровья трудящихся от ряда медико-социальных факторов [2, 74]. Установлено, что эффективность лечения и профилактики заболеваний во многом зависит от социально-гигиенической и психологической обстановки в семье трудящихся [10, 358].

Медицинская помощь населению Кемеровской области – Кузбасса оказывается по территориальному принципу медицинскими организациями муниципального, регионального и федерального уровней, общего и специализированного профиля [5, 166]. От уровня этой помощи во многом зависит безопасность жизнедеятельности населения [8, 1148]. Медико-профилактическая помощь трудящимся угледобывающей промышленности осуществляется медицинскими организациями различного уровня по территориально-производственному принципу [3, 62]. Установлено, что качество оказания медицинской помощи тесно связано с укомплектованностью медицинских организаций специалистами соответствующего профиля [9, 11].



Исходя из вышесказанного можно заключить, что в связи с расширением производства по добыче угля, внедрения более производительной техники и технологий существует вероятность увеличения случаев профессиональной патологии. Анализ литературных источников показывает зависимость возникновения профессиональной заболеваемости от производственных факторов, в меньшей степени исследовано влияние социально-бытовых и медико-социальных факторов. Следовательно, наше исследование по оценке влияния комплекса негативных факторов среды обитания на профессиональную заболеваемость является актуальным.

Объекты и методы исследования

В качестве объекта исследования определены угледобывающие предприятия городов Киселевска и Прокопьевска. Единицей наблюдения является шахтер с установленным диагнозом профессионального заболевания. В исследовании использован метод анализа литературных источников, метод анкетирования, анализ данных медицинских осмотров, статистическая обработка материалов, интерпретация полученных результатов. Целью исследования является установление влияния комплекса негативных факторов среды обитания шахтеров на возникновение, выявление, лечение и профилактику профессиональной заболеваемости.

Результаты и их обсуждение

Профессиональная заболеваемость является индикатором здоровья трудящихся промышленных предприятий. Материалы исследования свидетельствуют, что у шахтеров уровень профессиональной заболеваемости достигает 130 случаев на 10000 работающих. Наиболее часто профессиональные заболевания встречаются у проходчиков (35,7% случаев) и горнорабочих очистного забоя (25,5% случаев). При рассмотрении структуры



профессиональной заболеваемости установлено, что 27,3% случаев приходится на тугоухость, 23,7% случаев – на вибрационную болезнь, 22,1 случаев – на пневмокониозы, 18,2% случаев – на хронические бронхиты, 8,7% случаев – на прочие заболевания.

Изучение профессиональной заболеваемости по возрастным группам показывает, что 47,9% больных получили этот диагноз в возрасте 41-50 лет, 47,2% - в возрасте 51 год и старше. Важное значение в развитии профессиональной патологии имеет профессиональный стаж работы. Установлено, что 68,9% шахтеров получили данные заболевания при стаже работы в шахте 20 и более лет.

Медико-профилактическая помощь шахтерам оказывается по территориально-производственному принципу: здравпунктами предприятий, амбулаторно-поликлиническими и стационарными медицинскими организациями, центрами профпатологии. Важное значение в профилактике профессиональной заболеваемости принадлежит предварительным и периодическим медицинским осмотрам. На исследуемых предприятиях периодическими медицинскими осмотрами охвачено 97,2% трудящихся. С подозрением на профессиональные заболевания за пятилетие выявлено 310,5 случая в расчете на 10000 работающих. Большую работу по выявлению, лечению, реабилитации и профилактике профессиональной патологии проводит профпатологический центр. За последние годы выросло число посещений и исследований пациентов, стоящих на диспансерном учете, увеличилось количество принятых больных и лиц, прошедших предварительные медицинские осмотры при приеме на работу.



Заключение

Профессиональная заболеваемость у шахтеров на исследованных предприятиях в 18 раз выше, чем у трудящихся всех отраслей промышленности Кемеровской области – Кузбасса. Эта патология у подземных рабочих шахт в 2,8 раза встречается чаще чем у трудящихся других угледобывающих предприятий. В процессе анализа влияния факторов среды обитания на возникновение профессиональной заболеваемости установлена существенная роль профессии, возраста, профессионального стажа работы. Важную роль в диагностике, лечении, реабилитации и профилактике профессиональных заболеваний играет профпатологический центр.

С целью предупреждения возникновения профессиональных болезней трудящимся необходимо обязательно использовать средства индивидуальной защиты от шума, вибрации и пыли. На угольных предприятиях должны функционировать режимы труда и отдыха для всех профессий и видов работ. Особое внимание следует уделять качеству предварительных и периодических медицинских осмотров.

Источники и литература / Sources and references:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Кемеровской области – Кузбассе в 2024 году». – Кемерово, 2024. – 271 с.
2. Ивойлов, В. М. Медико-социальные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем трудящихся угледобывающих предприятий / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. – 2012. – Т. 11, № 4. – С. 72-74. – EDN PUWOKX.



3. Ивойлов, В. М. Организация лечебно-профилактической помощи работникам угольной отрасли в современных условиях / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 62-64. – EDN PURSEP.
4. Оценка качества жизни работников угледобывающих предприятий Кузбасса в социально-демографическом аспекте / В. М. Ивойлов, В. А. Семенихин, О. В. Одинцева, Т. А. Штернис // Медицина труда и промышленная экология. – 2014. – № 2. – С. 24-26. – EDN RZTUKN.
5. Перспективы развития регионального здравоохранения / В. М. Ивойлов, А. С. Сергеев, Г. Н. Царик, В. К. Цой // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право : Материалы Международного форума, Новосибирск, 30 ноября – 01 2012 года. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2012. – С. 162-166. – EDN TVOJBZ.
6. Продолжительность жизни шахтёров-угольщиков с установленным диагнозом профзаболевания / Г. И. Тихонова, Т. Е. Пиктушанская, Т. Ю. Горчакова, П. В. Серебряков // Медицина труда и промышленная экология. – 2022. – Т. 62, № 6. – С. 419-426. – DOI 10.31089/1026-9428-2022-62-6-419-426. – EDN FTODGS.
7. Современное состояние экономической безопасности Кемеровской области-Кузбасс / О. Ю. Тихонова, И. И. Берсенева, А. А. Сашко, В. Г. Вершинин // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2024. – Т. 14, № 5-1. – С. 243-252. – EDN XKIKZU.
8. Штернис, Т. А. Медико-профилактическая помощь трудящимся угольной промышленности и ее влияние на безопасность жизнедеятельности / Т. А. Штернис, И. В. Самусь, О. М. Колесников // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины : сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10



октября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 1147-1156. – EDN FFUCIS.

9. Штернис, Т. А. Определение потребности в медицинских кадрах, необходимых для реализации программы государственных гарантий оказания населению кемеровской области бесплатной медицинской помощи / Т. А. Штернис, В. М. Ивойлов // Медицина в Кузбассе. – 2013. – Т. 12, № 3. – С. 6-11. – EDN REDRSF.

10. Штернис, Т. А. Социально-гигиеническая и психологическая характеристика семей шахтеров, получивших травмы / Т. А. Штернис // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 20 мая 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 350-358. – EDN NOTAVS.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ОКРУЖЕНИЕ ВУЗА КАК ЭЛЕМЕНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Лощаков А. М.¹, Степович С. А.,¹Уставщиков И. В.²

*¹Кафедра безопасности жизнедеятельности
и медицины чрезвычайных ситуаций*

*ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Иваново*

²Кафедра огневой подготовки

Нижегородская академия МВД РФ, Россия, г. Нижний Новгород

Аннотация. Психологическая безопасность студентов и профессорско-преподавательского состава вуза оказывает большое влияние на качество образовательного процесса. Нами изучался показатель стрессоустойчивости



студентов 6 курса лечебного и педиатрического факультета в Ивановском государственном медицинском университете. Проведены: анкетирование студентов на начало учебного года, их обучение в рамках разработанной нами программы антистрессовых мероприятий, анкетирование после проведения программы и статистическая обработка данных. Применение методик повышения психологической стрессоустойчивостью среди студентов позволяет повышать качество образовательного процесса.

Ключевые слова: психологическая безопасность, психологическое благополучие, студент, образовательное окружение, стрессоустойчивость

THE UNIVERSITY'S EDUCATIONAL ENVIRONMENT AS AN ELEMENT OF PSYCHOLOGICALLY SAFE EDUCATIONAL ACTIVITIES

Stepovich S.A.¹, Loshchakov A.M.¹, Ustavshchikov I.V.²

¹*Department of Life Safety and Emergency Medicine
Ivanovo State Medical University, Ivanovo, Russia*

²*Department of Firearms Training
Nizhny Novgorod Academy, Nizhny Novgorod, Russia*

Abstract. The psychological safety of students and faculty has a significant impact on the quality of the educational process. We studied the stress resilience of sixth-year students in the General Medicine and Pediatrics departments at Ivanovo State Medical University. We conducted a survey at the beginning of the academic year, followed by training within the anti-stress program we developed, a post-program survey, and statistical analysis of the data. The use of methods to enhance psychological resilience among students allows us to improve the quality of the educational process.

Keywords: psychological safety, psychological well-being, student, educational environment, resilience



Введение

Особые достоинства вуза в формировании психологической безопасности образовательной деятельности становятся очевидны при конструировании психолого-педагогического сопровождения вышеуказанного процесса: разработки содержания, этапности, технологий, программы сопровождения, требований к психологическим результатам, а также при проектировании образовательной среды, которая всегда выступает условием эффективности или неэффективности любой деятельности.

По данным Е.А. Шмелевой психолого-педагогическое сопровождение может осуществляться как система психолого-педагогической профессиональной деятельности профессорско-преподавательского состава, которая направлена на создание социальных, педагогических и психологических условий для разрешения личностью поставленных перед ней задач [9, с. 25].

Процесс сопровождения, по данным Ю.П. Поваренкова и Н.А. Барановой состоит из трех фундаментальных элементов: сопровождающего (сопровождающую систему), сопровождаемого (сопровождаемую систему) и сопровождения (система деятельности по сопровождению, то есть процесс их взаимодействия) [8, с. 126].

По мнению Э.Ф. Зеера, главный результат психологического сопровождения студента в вузе – это развитие и саморазвитие личности, реализация психологического потенциала, обеспечение профессионального самосохранения, удовлетворенность трудом и повышение эффективности профессиональной деятельности [2, с. 96].

В своих работах по формированию социально-психологической безопасности студентов П.А. Кисляков понимает психолого-педагогическое сопровождение указанного процесса как «... универсальный психолого-



педагогический комплекс, повышающий эффективность формирования и развития у студентов социальной безопасности на основе рефлексии происходящего» [3, с. 121].

Таким образом, изучение социально-психологической безопасности студентов, определение их психологической стрессоустойчивости и возможности влиять на нее позволит создать условия для развития внутренней мотивации и более полного разрешения поставленных перед студентами задач.

Объекты и методы исследования

Психолого-педагогическое сопровождение психологической безопасности образовательной деятельности построено на основе взаимосвязанных психосоциальных, дидактических, информационных, психолого-педагогических теоретических разработках и практических мероприятиях, которые организуют, координируют и осуществляют все субъекты образовательного процесса. Проводимые мероприятия являются сознательными действиями для достижения поставленной цели.

Психолого-педагогическое сопровождение включает психолого-педагогические технологии и психологически безопасную, сберегающую здоровье информационно-образовательную среду. Психолого-педагогические технологии реализуются на уровне субъектов сопровождения.

Высшее учебное заведение представляет собой современную информационно-образовательную среду в социуме, где субъективно выстраиваются отношения и связи, осуществляется целенаправленная психолого-педагогическая деятельность, присутствует комплекс условий, направленных на формирование психологической безопасности образовательного процесса. Эта среда не существует сама по себе. Для её



организации и функционирования нужна целенаправленная психолого-педагогическая деятельность всех субъектов образовательного процесса.

Среда вуза рассматривается в двух аспектах: во-первых, как образовательное окружение вуза, которое складывается в процессе психолого-педагогического взаимодействия между субъектами образовательного процесса в системе высшего образования, определяющееся педагогическими нормами и особенностями коммуникативных отношений, и, во-вторых, как образовательное пространство вуза, в котором происходит учебный процесс. Взаимодействие вышеуказанных аспектов открывает информационно-образовательную среду вуза как динамическую систему, где взаимодействуют субъекты образовательного процесса. К результатам такого продуктивного взаимодействия может быть отнесена такая характеристика среды, как психологическая безопасность. Структура психологически безопасной, сберегающей здоровье информационно-образовательной среды вуза представлена на рисунке 1.

В подобной информационно-образовательной среде вуза открываются новые возможности для реализации потенциала студентов, создается поле для инноваций, естественным образом формируется культура здоровья. Студенты объединяются на основе общих ценностей и целей, стремятся к достижению успеха не только в личностном плане, но и на уровне всего студенческого сообщества.

Чем более свободно и неопределенно спроектирована образовательная среда, тем более её дальнейшее конструирование детерминировано индивидуальными особенностями субъектов образовательного процесса.

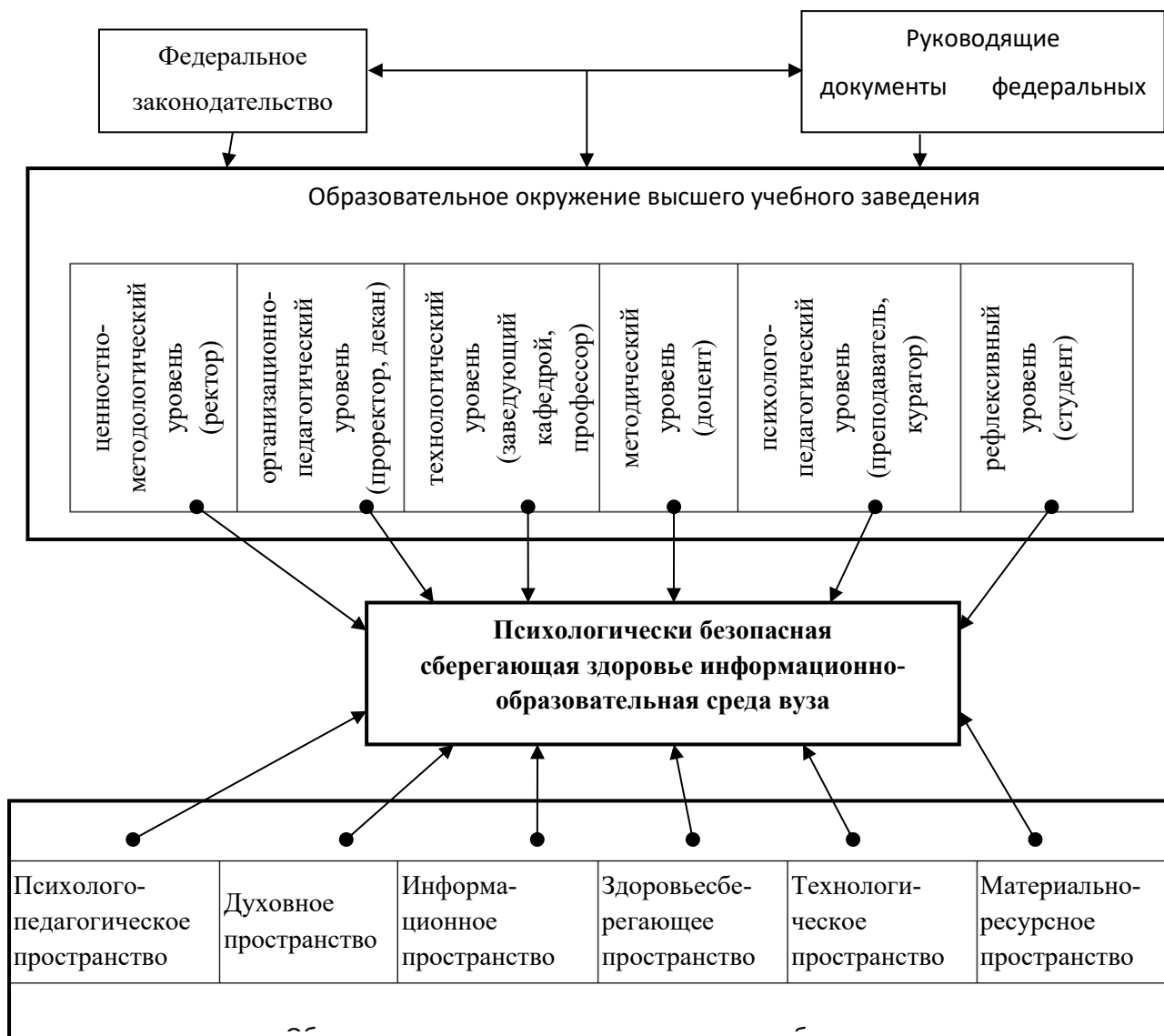


Рис. 1. - Структура психологически безопасной сберегающей здоровье информационно-образовательной среды высшего учебного заведения

Образовательное окружение вуза функционирует на шести иерархических уровнях: ценностно-методологическом, организационно-педагогическом, технологическом, методологическом, психолого-педагогическом и рефлексивном. При проектировании уровней образовательного окружения мы использовали принцип комплексности, который предполагает их единство и взаимосвязь.



На ценностно-методологическом уровне субъектом психолого-педагогического сопровождения является ученый совет и администрация, которую возглавляет ректор. Глобальной целью этого уровня является создание психологически безопасной сберегающей здоровье информационно-образовательной среды вуза.

На организационно-педагогическом уровне субъектом психолого-педагогического сопровождения является факультет или институт в составе вуза. Сюда нами включены проректоры, которые осуществляют непосредственное руководство определенным видом деятельности университета. Факультет в нашей иерархической системе – это учебно-научное и административное структурное подразделение вуза, которое осуществляет подготовку студентов по нескольким направлениям подготовки. На этом уровне замыкается взаимодействие студентов с профессорско-преподавательским составом, поэтому определяющей целью этого уровня является создание психологического благополучия образовательного процесса.

На технологическом уровне субъектом психолого-педагогического сопровождения является кафедра – основная структурно-функциональная единица факультета, носитель психологической безопасности и здоровьесбережения в университете и факультете. Сущность подобной деятельности кафедры в вузе – это деятельность группы преподавателей, переводящих передовые научные достижения в элементы курсов, лекций, практических занятий.

На методическом уровне субъектом психолого-педагогического сопровождения является доцент. Его основная задача – контроль и помощь в осуществлении психолого-педагогического сопровождения, мониторинг достигнутых результатов. Спектр психологических проблем студенческой



молодежи включает трудности адаптации в образовательном пространстве вуза, в системе отношений со сверстниками, родителями и преподавателями. В условиях отсутствия своевременно оказанной поддержки, перечисленные трудности могут нарушать учебный процесс, разрушать психическое благополучие: например, спровоцировать употребление студентами психоактивных веществ с развитием зависимости.

Субъектами психолого-педагогического сопровождения на психолого-педагогическом уровне является преподаватель. Свои функциональные обязанности преподаватель выполняет средствами преподаваемой дисциплины. В его задачи входит непосредственная реализация психолого-педагогического сопровождения, применение всего комплекса обучающе-воспитательных технологий. При этом основным звеном психологически безопасной педагогической деятельности преподавателя является его личность, интегративными характеристиками которой, по мнению А.К. Марковой [7, с. 34], являются педагогические способности, характер и направленность личности, рефлексия и психические состояния.

Субъектами психолого-педагогического сопровождения на рефлексивном уровне являются студенты. Основные задачи студентов – развитие внутренней мотивации к деятельности по сохранению и укреплению психического благополучия, приоритет ценности здоровья, обучение его основам, повышение личной ответственности и осознание собственной активной роли в процессах психологической безопасности и здоровьесбережения, объективизация рефлексивной позиции, проявление творческого подхода к вышеуказанным процессам, повышение информационной грамотности – то есть непосредственное выполнение образовательных требований.



В состав рефлексивного уровня образовательного окружения вуза входит то положение, которое студент занимает в информационно-образовательной среде, осознание связи полученных знаний, умений и навыков с собственным существованием.

Этот уровень характеризуют как уровень самоуправления. По словам В.А. Якунина, «...представление обучающегося в качестве субъекта деятельности, а именно субъекта управления и самоуправления, является необходимым условием развития его личности» [10, с. 55]. Активная учебная деятельность, личностное развитие и саморазвитие студентов осуществляется как результат удовлетворения потребностей (потребность быть здоровым, культурным, образованным и пр.) и переходом их в мотивации. В процессе своей жизнедеятельности студенты также изменяют образовательную среду для оптимального выполнения целей саморазвития.

Нами, в Ивановском государственном медицинском университете, было проведено исследование психологической стрессоустойчивости студентов выпускного курса вуза по методике Т.А. Немчина и Тейлора. Для проведения исследования нами были добровольно отобраны студенты 6 курса лечебного и педиатрического факультетов в количестве 78 человек. В начале учебного года было проведено их анонимное анкетирование, результаты которого статистически обработаны. Все студенты разделены на группы с высокой, средней и низкой психологической стрессоустойчивостью.

В ходе исследования применена адаптированная к медицинскому вузу программы антистрессовых мероприятий, позволяющая повысить психологическую стрессоустойчивость студентов. Важное место в предложенной нами программе занимали тренинги, активизирующие личностные ресурсы студентов в сфере безопасности. В ходе тренинга создаются



ситуации, дающие возможность студентам осознать своё поведение в условиях социума, понять реакцию на него одноклассников. Критериями успешной работы такой студенческой группы являются: рефлексия способов решаемой задачи, установки, компетенции, умения, знания, навыки, перцептивные способности.

По окончании проведения программы проведено повторное анкетирование студентов, данные статистической обработки которых были сопоставлены и проанализированы с соответствующими данными на начало учебного года.

Результаты и их обсуждени

Результаты диагностики психологической стрессоустойчивости студентов выпускного курса представлено на рисунке 2.

До применения методики максимальное количество исследуемых студентов было отнесено к группе средней психологической стрессоустойчивости – 48,73%. Следующей по численности (39,11%) составляла группа студентов, отнесенных к категории высокой стрессоустойчивости. После применения антистрессовой методики соотношение студентов в группах изменилось. Полученные результаты показали, что число студентов с высоким уровнем психологической стрессоустойчивости достоверно увеличилось с 39,11% до 58,22% соответственно до и после проведения эксперимента ($t=2,75$; $p<0,05$). Примечательно, что уменьшилась доля не только студентов, отнесенных к средней группе стрессоустойчивости (с 48,73% до 32,68%), но и отнесенных к группе низкой стрессоустойчивости (с 12,16% до 9,1%).

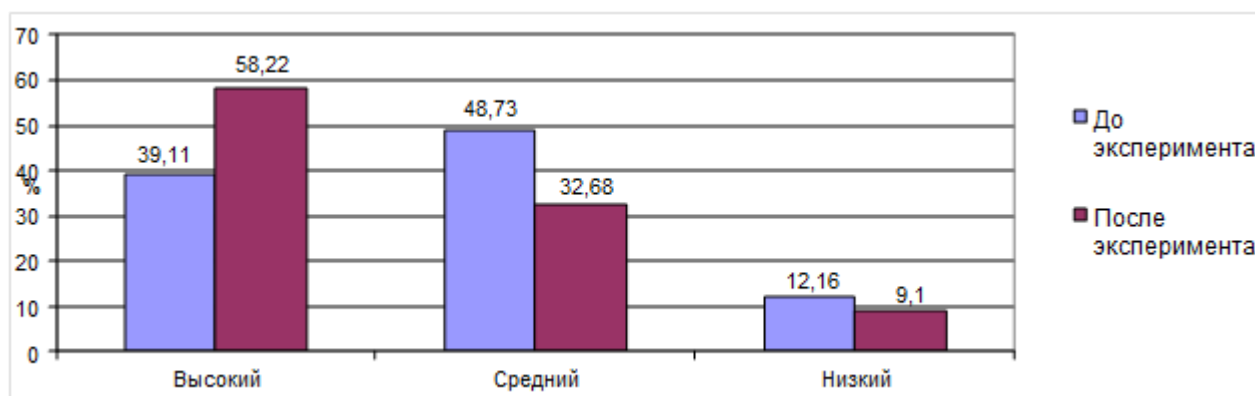


Рис. 2. -Динамика уровней психологической стрессоустойчивости студентов, %

Актуальной потребностью сегодняшнего дня стали выпускники не только приспособленные, адаптированные к окружающей среде и социуму, но и саморазвивающиеся, самореализующиеся в нём как личности, как профессионалы [4, с. 90]. Количество стрессогенных факторов для современных студентов чрезвычайно велико: финансовые, жилищные проблемы, сложности с питанием, с переездом, с огромным количеством информации, то есть само обучение в вузе для современного студента – это стресс [6, с. 630]. Безусловно, стрессоустойчивость влияет на формирование психологической безопасности образовательного процессам [5, с. 60].

Заключение

Нами, в Ивановском государственном медицинском университете, большое внимание уделяется формированию психологического благополучия студентов и профессорско-преподавательского состава и психологической безопасности образовательного процесса. Высшее учебное заведение должно представлять собой современную психологически безопасную информационно-образовательную среду в социуме, где субъективно выстраиваются отношения и связи, осуществляется целенаправленная психолого-педагогическая



деятельность, присутствует комплекс условий, направленных на формирование психологического благополучия субъектов образовательного процесса.

Применение методик повышения психологической стрессоустойчивостью среди студентов вузов позволяет повышать качество образовательного процесса, создать социальные и психологические условия для освоения студентами будущей профессии и психологическую безопасность выпускников.

Источники и литература / Sources and references:

1. Антонов А.А., Лощаков А.М. Проблематика жизнестойкости у старшеклассников и студентов в философско-психологических исследованиях // Аграрный вестник Верхневолжья. 2025. № 1 (50). С. 114-120.
2. Зеер Э.Ф., Попова О.С. Психологическое сопровождение индивидуальных образовательных траекторий обучающихся в профессиональной школе. // Образование и наука. 2015. № 4 (123). С. 88-99.
3. Кисляков П.А. Формирование социальной безопасности личности будущего педагога: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07. Н.Новгород, 2014. 523 с.
4. Ломоносова Л.А., Мухарлямова А.Ю. Стрессоустойчивость как фактор социально-психологической адаптации [Электронный ресурс] // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 6 (ч. 1). С. 90-91. Режим доступа: <http://www.expeducation.ru/ru/article/view?id=4996> (Дата обращения: 06.03.2026).
5. Лощаков А.М., Раевская А.А. Готовность к социально-безопасному поведению студентов в здоровьесберегающей среде медицинского университета // Обзор педагогических исследований. 2024. Том 6, № 7. С. 58-64.
6. Манучарян Л.Х., Гордиенко Н.В. Результаты психолого-педагогического исследования по изучению уровня стрессоустойчивости и стресса студентов первокурсников и по определению их уровня адаптации к



требованиям вуза // Молодой ученый. 2016. №5. С. 628-632. Режим доступа: <http://moluch.ru/archive/109/26512/> (дата обращения: 08.03.2026).

7. Маркова А.К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте: пособие для учителя. М.: Просвещение, 1983. 96 с.

8. Поваренков Ю.П., Баранова Н.А. Классификация основных подходов к проблеме сопровождения личности в отечественной педагогике и психологии // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 4. С. 124-131.

9. Шмелева Е.А. Развитие инновационного потенциала личности в научно-образовательной среде педагогического вуза: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07. Н.-Новгород, 2013. 51 с.

10. Якунин В.А. Педагогическая психология: учеб. пособие. 2-е изд. СПб: Изд-во В.А. Михайлова, 2000. 349 с.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ И НЕГАТИВНЫХ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Маслицкая А. В., Денисова А. С.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – Р. М. Шибаев

Аннотация. В условиях современного мира, характеризующегося высокой динамичностью и нестабильностью, человек сталкивается с множеством экстремальных ситуаций и хронических негативных факторов. Эти воздействия могут варьироваться от профессиональных стрессоров и техногенных катастроф до социальной изоляции и информационного перегруза. В данной статье рассматриваются патофизиологические и психологические последствия длительного воздействия негативных внешних факторов. Особое внимание



уделяется роли индивидуальных резилиентных ресурсов и адаптационных стратегий, способствующих снижению риска развития соматических заболеваний. В заключение предлагаются рекомендации по профилактике негативных внешних факторов, направленные на повышение устойчивости личности в экстремальных условиях.

Ключевые слова: экстремальные условия, здоровье человека, негативные внешние факторы, адаптация, стрессовая ситуация, хронический стресс, аллостатическая нагрузка, резилиентность.

THE IMPACT OF EXTREME CONDITIONS AND NEGATIVE EXTERNAL FACTORS ON HUMAN HEALTH

Maslitskaya A.V., Denisova A. S.

Scientific supervisor – assistant of the department R.M. Shibaev

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. In today's dynamic and volatile world, people face numerous extreme situations and chronic negative factors. These impacts can range from occupational stressors and man-made disasters to social isolation and information overload. This article examines the pathophysiological and psychological consequences of prolonged exposure to negative external factors. Particular attention is paid to the role of individual resilience and adaptive strategies that help reduce the risk of developing somatic diseases. Recommendations for preventing negative external factors aimed at increasing individual resilience in extreme conditions are offered.

Keywords: extreme conditions, human health, negative external factors, adaptation, stressful situation, chronic stress, allostatic load, resilience.



Введение

Актуальность проблемы. Здоровье человека — это не только отсутствие болезни, но и состояние физического, психического и социального благополучия [1, С. 21].

Современная реальность характеризуется ростом числа ситуаций, при которых люди сталкиваются с экстремальными ситуациями. К ним относятся: военные конфликты, стихийные бедствия, профессиональные риски, а также хронические негативные факторы, такие как шум, загрязнение окружающей среды, социальная неопределенность и информационная перегрузка. Такие воздействия могут инициировать сложные адаптационные реакции, которые, при недостаточной компенсации, могут перейти в патологические состояния.

Согласно статистическим данным ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) на 2025 год 85% современных заболеваний связаны с экологией, требуя адаптации организма и медицинской помощи [2, С. 34].

Клинические проявления характеризуют сильный стресс - 37%, панику – 14%, тревожность – 18%, нарушения сна - 12% и агрессию - 19%, что приводит к риску развития патологий органов и систем человека [3, С. 105].

Цель исследования — изучить влияние экстремальных условий и негативных внешних факторов на здоровье человека.

Задачи исследования

1. Изучить медицинскую литературу по данной теме.
2. Рассмотреть патофизиологические механизмы воздействия негативных факторов на здоровье.
3. Выявить особенности клинической картины воздействия экстремальных условий на человека.



4. Разработать рекомендации по профилактике влияния экстремальных условий и негативных внешних факторов на здоровье человека.

Экстремальные условия - это ситуации, требующие от организма и психики предельного напряжения, выходящего за рамки привычной адаптации, которые резко ухудшают физическое и психическое здоровье, вызывая болезни дыхательных путей, сердечно-сосудистые заболевания, аллергические реакции, рост летальных исходов, нарушения иммунитета и неврологических патологий [4, С. 336].

К негативным внешним факторам относят:

- стрессовые ситуации;
- загрязнение воздуха;
- ультрафиолетовое, электромагнитное, радиоактивное излучение;
- нахождение на высокогорье;
- высокая и низкая температура окружающей среды [4, С. 336].

Резилиентность — это способность человека адаптироваться к стрессовым ситуациям и восстанавливаться после них. Адаптационные стратегии, такие как индивидуальные особенности, осознанность, физическая активность и развитие социальных связей, также способствуют повышению устойчивости личности [5, С. 320].

Рассмотрим патофизиологические механизмы влияния экстремальных условий и негативных внешних факторов на здоровье человека.

Влияние экстремальных условий приводит к активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС), сопровождается повышением уровня кортизола, что при хронизации вызывает аллостатическую перегрузку. Увеличивая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, метаболических нарушений и иммунодефицитных состояний [5, С. 320].



Хронический стресс оказывает прямое нейротоксическое воздействие на структуры головного мозга, отвечающие за когнитивный контроль. В частности, наблюдается снижение объёма гиппокампа и префронтальной коры, что сопровождается ухудшением рабочей памяти, внимания и исполнительных функций [5, С. 320].

В последние годы всё большее значение приобретает так называемая «цифровая перезагрузка» - состояние хронического информационного переутомления, вызванное постоянным пребыванием в потоке уведомлений, социальных сетей и рабочих коммуникаций. Особенно уязвимы лица в возрасте 18–35 лет, для которых цифровая среда стала основным пространством социализации и труда [6, С. 320].

Длительное воздействие негативных факторов может привести к различным патофизиологическим изменениям в организме. Аллостатическая нагрузка — процесс, при котором организм адаптируется к стрессовым условиям, что может привести к истощению ресурсов и развитию заболеваний. Например, хронический стресс может вызвать нарушения в работе сердечно-сосудистой системы, повысить риск развития ишемических болезней сердца, сахарного диабета [7, С. 429].

Особенности клинической картины

Хроническое воздействие экстремальных условий и негативных внешних факторов приводит не только к психоэмоциональным расстройствам, но и к выраженным соматическим нарушениям, которые становятся предметом диагностики и лечения врача-терапевта. В последние годы всё чаще используется термин «стресс-индуцированная полиорганная дисфункция» — состояние, при котором длительная активация симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем вызывает дисбаланс в работе



сердечно-сосудистой, эндокринной, желудочно-кишечной и иммунной систем [8, С. 78].

1. Кардиоваскулярные заболевания являются проявлением артериальной гипертензии стрессового генеза (в начальной стадии, переходящая в устойчивую гипертонию). У пациентов с высокой аллостатической нагрузкой отмечают:

- повышение систолического АД >140 мм рт.ст. в условиях эмоционального напряжения;
- увеличение вариабельности АД в течение суток (по данным СМАД);
- снижение барорефлекторной чувствительности [8, С. 79].

Терапевтическая тактика:

- первая линия — бета-блокаторы с центральным действием (небиволол, бисопролол), особенно при сопутствующей тахикардии и тревоге;
- при наличии метаболических нарушениях назначают ингибиторы АПФ (периндоприл) или БРА (лозартан);
- ограничение кофеина, соли, нормализация сна [8, С. 80].

2. Метаболические нарушения показатель хронического избытка кортизола, который способствует развитию:

- инсулинорезистентности;
- абдоминального ожирения ($\text{ИМТ} \geq 30$, $\text{ОТ} > 88$ см у женщин);
- дислипидемии (повышение ЛПНП (липопротеины низкой плотности), триглицеридов).

При длительном стрессе выявляется метаболический синдром:

- скрининг на НТГ/СД2 (глюкоза натощак, HbA_{1c} , тест на толерантность к глюкозе);



- рекомендации к назначению метформина даже при отсутствии диабета.

- рекомендации по снижению массы тела (5–10 % от исходной) через умеренную калорийность и физическую активность [8, С. 81].

3. Желудочно-кишечные заболевания чаще всего связаны со стрессом напрямую влияют на моторику ЖКТ, секрецию соляной кислоты и микробиоту.

К наиболее частым без органической патологии относят:

- функциональную диспепсию (по Римским критериям IV);
- синдром раздражённого кишечника (СРК) — особенно с преобладанием диареи или смешанного типа;
- рефлюкс-эзофагит [9, С. 954].

Терапевтическая тактика:

- исключение органической патологии (ФГДС, копрограмма, кал на кальпротектин);
- при (СРК) - пробиотики (Бифиформ, Линекс Форте, Бак-Сет Форте), спазмолитики (Мефинамовая кислота, Дюспаталин);
- при диспепсии - Прокинетик (Домперидон), ИПП (ингибиторы протоновой помпы) (Омепразол) курс 1 месяц;
- диета с низким содержанием углеводов.

4. Иммунные и воспалительные маркеры. Они определяют хронический стресс, сопровождая низкоградиентное системное воспаление:

- повышение С-реактивного белка (СРБ) до 3–10 мг/л;
- увеличение интерлейкинов IL-6, TNF- α ;
- снижение уровня секреторного IgA (ОРВИ, герпетические высыпания) [10, С. 383].



Согласно клиническим рекомендациям при наличии иммунных и воспалительных маркеров не требуется назначения противовоспалительных препаратов, но в них входят:

- коррекция микронутриентного статуса (витамин D, цинк, селен);
- оценка иммунного статуса при частых инфекциях;
- исключение аутоиммунной патологии при сохраняющемся или повторном воспалении [11, С. 704].

Таким образом, можно сделать вывод, что экстремальные условия и хронические негативные внешние факторы оказывают многоуровневое воздействие на здоровье человека — от нейроэндокринных изменений до формирования психосоматических и аффективных расстройств.

Аллостатическая нагрузка служит патогенетическим звеном между внешним стрессором и соматическими последствиями.

Рекомендации по профилактике влияния экстремальных условий и негативных внешних факторов на здоровье человека включают:

- использование средств индивидуальной защиты (СИЗ);
- вести здоровый образ жизни;
- адаптацию организма (закаливание, тренировки);
- соблюдение режима труда, отдыха и питания;
- минимизацию времени воздействия неблагоприятных факторов;
- прохождение регулярных медицинских осмотров;
- контроль психологического состояния;
- исключение вредных привычек.

Заключение

В условиях современного мира, где экстремальные условия и негативные внешние факторы становятся частью повседневной жизни, важно осознавать их



влияние на здоровье человека. Разработка и внедрение адаптационных стратегий, а также повышение резилиентности, могут существенно снизить риск развития психологических и соматических заболеваний и улучшить качество жизни. Профилактика и коррекция негативных внешних факторов требуют комплексного подхода и активного участия, как самих пациентов, так и общества в целом.

Выводы:

1. Изучена медицинская литература по данной теме.
2. Рассмотрены патофизиологические механизмы воздействия негативных факторов на здоровье.
3. Выявлены особенности клинической картины воздействия экстремальных условий на человека.
4. Разработаны рекомендации по профилактике влияния экстремальных условий и негативных внешних факторов на здоровье человека.

Источники и литература / Sources and references:

1. Федеральный закон от 21.11.2022 N 323-ФЗ (ред. от 26.04.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 12.01.2026).
2. Клинические рекомендации – Терапия – 2023-2024-2025– Утверждены Минздравом РФ. 2025. URL: <https://www.litmir.me> (дата обращения 12.01.2026).
3. Брестский, А.К. Психологическая помощь при экстремальных ситуациях / А.К. Брестский. - М.: Мн: Харвест, 2021. - 105 с.
4. Гонсалес Л. Психология поведения в экстремальных ситуациях / Л. Гонсалес. - М.: Манн, Иванов и Фербер, 2022. - 336 с.



5. Гостюшин А. И. Энциклопедия экстремальных ситуаций / А. И. Гостюшин. - М.: Рипол Классик, 2021. - 320 с.
6. Дарман П. Выживание в экстремальных ситуациях / П. Дарман. - М.: Формула - Пресс, 2021. - 320 с.
7. Егорова Е.А. Методологические вопросы анализа влияния миграции на социально-экономическую ситуацию / Е.А. Егорова. - М.: КноРус, 2022. - 429с.
8. Клименко В.Л., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства в условиях хронического стресса: клиника и терапия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2024. — Т. 124, № 5. — С. 78–85.
9. Клинт Э. Механизм развития патологии от стресса/ Э. Клинт. - М.: Альпина нон-фикшн, 2021. - 954 с.
10. Козлова А.Е. Карта районирования территории России по степени экстремальности развития эколого-геоморфологических ситуаций / А.Е. Козлова, Г.П. Локшин, И.В. Чеснокова. - М.: ДМВ, 2022. - 383 с.
11. Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия // Дневник науки. - 2020. - № 11 (47). - С. 13.

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЯМИ

Маукенова Б. А., Тлеуханова М. Т., Калишева А. Е.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский университет Семей»,

Научный руководитель - А. А. Алмагамбетова

Аннотация. В статье рассматриваются возможности арт-терапии как метода психосоциальной реабилитации пациентов с зависимостями.



Анализируются механизмы терапевтического воздействия, влияние на эмоциональную регуляцию, мотивацию к лечению и профилактику рецидивов. Представлены данные современных исследований и клинические наблюдения, подтверждающие эффективность включения арт-терапии в комплексные программы реабилитации.

Ключевые слова: аддиктивные расстройства, реабилитация, арт-терапия, наркология, психотерапия, профилактика рецидива.

ART THERAPY AS A WAY OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH ADDICTIONS

Maukenova B.A., Tleukhanova M.T., Kalisheva A.E.

Department of Psychiatry and Narcology

HAO «Semey Medical University»,

Scientific supervisor- A.A. Almagambetova

Abstract. The article discusses the possibilities of art therapy as a method of psychosocial rehabilitation for patients with addictions. It analyzes the mechanisms of therapeutic effect, the impact on emotional regulation, motivation for treatment, and relapse prevention. The article presents data from modern research and clinical observations that confirm the effectiveness of incorporating art therapy into comprehensive rehabilitation programs.

Keywords: addictive disorders, rehabilitation, art therapy, narcology, psychotherapy, relapse prevention.

Введение

Аддиктивные расстройства представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной психиатрии и наркологии, оказывая значительное влияние на показатели заболеваемости, смертности и социальной



дезадаптации [15, с. 34]. Употребление психоактивных веществ, а также поведенческие зависимости сопровождаются выраженными нарушениями эмоциональной сферы, когнитивных функций и социальной активности [14]. Современные подходы к лечению зависимостей выходят за рамки исключительно медикаментозной терапии и предполагают комплексную реабилитацию, направленную на восстановление личности пациента и его интеграцию в общество [4, с. 78]. В этой связи возрастает интерес к немедикаментозным психотерапевтическим методам, среди которых арт-терапия занимает значимое место благодаря своей универсальности и доступности [19, с. 52].

Цель исследования

Оценить роль и эффективность арт-терапии как метода психосоциальной реабилитации пациентов с аддиктивными расстройствами, а также проанализировать механизмы её терапевтического воздействия в структуре комплексного лечения.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования, согласно данным литературных источников, являются лица с синдромом зависимости от алкоголя и наркотических веществ, проходящие реабилитационные программы с использованием арт-терапии. По материалам отечественных и зарубежных публикаций применяются количественные методы оценки депрессии и тревоги (Beck Depression Inventory, HADS, TAS–20) и проективные арт-терапевтические методики, позволяющие анализировать психоэмоциональные и адаптивные изменения у пациентов.

Арт-терапия представляет собой направление психотерапии, основанное на использовании творческой деятельности как средства выражения и переработки внутреннего опыта [19, с. 15]. Метод включает различные формы



художественной активности: рисование, лепку, коллажирование, элементы музыкотерапии и телесно-ориентированных практик [17, с. 22]. Теоретическая база арт-терапии формировалась под влиянием психоаналитических идей Зигмунда Фрейда и аналитической психологии Карла Густава Юнга, рассматривавших творчество как способ символического выражения бессознательных процессов [16, с. 42].

В настоящее время метод интегрирует элементы когнитивно-поведенческого, гуманистического и нейропсихологического подходов [13, с. 11]. У пациентов с зависимостями часто выявляются алекситимия, нарушения эмоциональной регуляции, повышенная тревожность и внутреннее напряжение, дефицит рефлексии, травматический жизненный опыт [15, с. 56]. В этих условиях арт-терапия позволяет обойти вербальные ограничения и способствует безопасной экспрессии эмоционального содержания [12, с. 63].

Арт-терапия реализует ряд ключевых психотерапевтических механизмов, таких как эмоциональная регуляция, символизация и осознание, формирование мотивации к лечению, развитие адаптивных копинг-стратегий, нейропсихологическое воздействие [14, с. 37]. Творческая активность способствует снижению уровня тревоги, уменьшению аффективного напряжения и достижению катарсиса [6, с. 49]. Через художественные образы пациент получает возможность осмыслить внутренние конфликты, выявить триггеры зависимого поведения и повысить уровень инсайта [5, с. 88]. Участие в творческом процессе усиливает чувство самоэффективности, способствует восстановлению самооценки и повышает приверженность терапии [18, с. 75].

Арт-терапия формирует альтернативные способы реагирования на стресс без использования психоактивных веществ [8, с. 44]. Творческая деятельность активизирует различные зоны мозга, улучшает нейропластичность и способствует



стабилизации нейромедиаторных процессов [9, с. 102]. В клинической практике арт-терапия применяется на различных этапах лечения: после купирования абстинентного синдрома, в стационарных и амбулаторных условиях, в индивидуальной и групповой форме, в программах реабилитации подростков и молодых взрослых [13, с. 47]. Наиболее эффективным является включение арт-терапии в мультидисциплинарный подход, включающий фармакотерапию, индивидуальную психотерапию, групповую терапию, социальную реадaptацию [4, с. 91].

Согласно современным исследованиям, применение арт-терапии способствует снижению уровня депрессии и тревожности, улучшению качества жизни, повышению социальной адаптации, снижению риска рецидива и удлинению ремиссии [10, с. 59; 11, с. 73]. Несмотря на доказанную эффективность, арт-терапия не может рассматриваться как самостоятельный метод лечения зависимостей [1, с. 25]. К ограничениям относятся: недостаточная стандартизация методик, вариабельность подходов и ограниченность доказательной базы [2, с. 18]. Перспективными направлениями являются разработка клинических протоколов, проведение рандомизированных контролируемых исследований, интеграция с цифровыми технологиями и телемедициной [20, с. 64].

Дополнительно следует отметить, что в структуре реабилитации пациентов с зависимостями арт-терапия может выступать не только как средство эмоциональной разгрузки, но и как инструмент диагностики психического состояния [12, с. 67]. Анализ художественной продукции пациента (рисунков, композиций, цветовых решений, символов) позволяет выявлять глубинные переживания, уровень тревожности, особенности самооценки и межличностных отношений [13, с. 51]. В ряде случаев арт-объекты используются как материал



для последующей психотерапевтической интерпретации и обсуждения, что усиливает терапевтический эффект [19, с. 18].

Особое значение арт-терапия приобретает при работе с пациентами, имеющими коморбидные расстройства, такие как депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройства личности [15, с. 61]. В этих случаях метод способствует мягкой переработке травматического опыта без риска повторной травматизации, что особенно важно при ограниченной готовности пациента к вербальному анализу [14, с. 39]. В рамках различных форм зависимости (алкогольной, наркотической, поведенческой) могут применяться специфические арт-терапевтические техники [6, с. 50]. Например, при химических зависимостях акцент делается на выражении телесных ощущений и эмоциональных состояний, связанных с тягой (craving), тогда как при поведенческих зависимостях (игровой, интернет-зависимости) — на осознании паттернов поведения и формировании новых моделей взаимодействия с окружающей средой [13, с. 15]. Таким образом, арт-терапия демонстрирует высокую степень адаптивности к различным клиническим случаям [17, с. 30].

Существенную роль играет групповая форма арт-терапии, которая создает условия для развития коммуникативных навыков, эмпатии и социальной поддержки [18, с. 78]. В группе пациенты получают возможность делиться опытом, наблюдать прогресс других участников и формировать чувство принадлежности, что является важным фактором в профилактике рецидивов [10, с. 60]. Групповая динамика усиливает мотивационный компонент терапии и способствует снижению социальной изоляции [11, с. 74].

Отдельного внимания заслуживает применение арт-терапии в подростковой среде [17, с. 55]. В силу возрастных особенностей, подростки часто испытывают трудности с вербализацией чувств и склонны к импульсивному



поведению [15, с. 63]. Творческая деятельность позволяет им безопасно выражать внутренние конфликты, формировать идентичность и развивать навыки саморегуляции [12, с. 70]. Включение арт-терапии в школьные и реабилитационные программы показывает положительные результаты в снижении рискованного поведения и укреплении психологической устойчивости [19, с. 20].

В последние годы наблюдается активное развитие цифровых форм арт-терапии, включая использование графических планшетов, мобильных приложений и виртуальной реальности [20, с. 67]. Такие технологии расширяют доступность терапии, особенно в условиях ограниченного очного контакта, и позволяют адаптировать вмешательства под индивидуальные особенности пациента [9, с. 105]. Цифровая арт-терапия также открывает новые возможности для мониторинга динамики состояния и объективизации результатов лечения [14, с. 41].

Применение арт-терапии в реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя целесообразно, как средство свободного самовыражения, самопознания и имеет «инсайт-ориентированный» характер, необходимый для процесса самоактуализации зависимых от алкоголя лиц. В ряде исследований показано, что арт-терапевтические программы, такие как «Мудрые перемены», способствуют снижению депрессии и тревоги, улучшению эмоциональной регуляции и адаптивного поведения у пациентов с алкогольной зависимостью. В исследовании участие приняли пациенты с алкогольной зависимостью (I группа, n=41), которые проходили арт-терапевтическую программу «Мудрые перемены» (АТМП), группа сравнения (II группа, n=40) – стандартную ресоциализацию, и контрольная группа без зависимости (III группа, n=40). После АТМП в I группе наблюдалось значительное снижение депрессии по шкале Бека с $14,9 \pm 8,7$ до



8,9±3,3 ($p=0,01$), нормализация тревоги и депрессии по HADS (тревога: 10,8±2,35 → 5,6±2,7, $p=0,0006$; депрессия: 11,0±3,9 → 3,8±3,1, $p=0,0008$) и уменьшение проявлений алекситимического типа с 81% до 52,4%. По шкале TAS–20 отмечено улучшение идентификации чувств (27,8±7,8 → 22,0±9,2; $p=0,001$) и внешнеориентированного мышления (25,7±5,7 → 21,9±4,8; $p=0,03$). Проективная методика «Три слона держат Землю» показала положительные изменения по всем критериям адаптивности, Я-концепции, открытости взаимодействия и эмоционального состояния ($p<0,01$), что подтверждает эффективность АТМП в повышении адаптивных и эмоциональных ресурсов пациентов с алкогольной зависимостью[3].

Одним из методов, который используется при реабилитации наркозависимых, также является арт-терапия. В работе с лицами, страдающими зависимостью от ПАВ, применяется как индивидуальная, так и групповая арт-терапия, ряд авторов указывает на большую ценность групповой арт-терапии. Так, Х. Уиншип описывает работу динамической арт-терапевтической группы. Он обращает внимание на трудности включения лиц, проходящих лечение зависимости от ПАВ, в групповой контекст: «Потребители наркотиков, по большому счету, не хотят находиться в кругу людей, они словно «онемели» и невосприимчивы к чувствам окружающих, а потому групповая работа изначально будет затруднена».

В то же время, этот автор подчеркивает решающую роль группы, обеспечивающую эмоциональную поддержку участников занятий и сокращение межличностной дистанции. Примером арт-терапевтической работы, проводимой на базе стационара, специализирующегося на лечении аддиктивных расстройств, приведен в статье К. Макклин. Этот автор считает арттерапию одной из форм глубинной психотерапевтической работы, ориентированной на раскрытие и



осознание клиентом своих переживаний на основе вербальной и невербальной коммуникации с арттерапевтом [7].

С точки зрения доказательной медицины, несмотря на положительные клинические наблюдения, остается актуальной проблема стандартизации методов оценки эффективности арт-терапии [2, с. 19]. Используются различные психометрические шкалы (например, шкалы тревожности, депрессии, качества жизни), однако отсутствует единый протокол, позволяющий однозначно оценить вклад арт-терапии в комплексное лечение зависимостей [13, с. 18]. Это обуславливает необходимость дальнейших исследований с использованием строгих методологических подходов [20, с. 70].

Заключение

Арт-терапия является эффективным компонентом психосоциальной реабилитации пациентов с зависимостями [10, с. 61]. Метод способствует улучшению эмоционального состояния, развитию саморефлексии и формированию устойчивой мотивации к отказу от употребления психоактивных веществ [12, с. 89]. Интеграция арт-терапии в комплексные лечебно-реабилитационные программы повышает их эффективность и способствует достижению более стабильной ремиссии и социальной адаптации пациентов [18].

Источники и литература / Sources and references:

1. Баранова, Н. В. Арт-терапия в реабилитации зависимых пациентов // Психологическая наука и образование. – 2019. – 274 с.
2. Белов, А. Л. Психотерапия зависимостей: искусство и практика. – Москва: Профессионал, 2017. – 320 с.
3. Григорьева, И. В. Использование проективных методов в арт-терапии лиц с синдромом зависимости от алкоголя / И. В. Григорьева. –



Электрон. ресурс. – Режим доступа: <https://oppl.ru/docs/ispolzovanie-proektivnyih-metodov-v-art-terapii-lits-s-sindromom-zavisimosti-ot-alkogolya.pdf>

4. Денисова, И. А. Творческие методы в психотерапии зависимостей // Журнал клинической психологии. – 2021.
5. Копылова, Е. В. Арт-терапия при зависимостях: теория и практика. – Санкт-Петербург: Речь, 2020.
6. Николаева, Т. Г. Психосоциальная реабилитация зависимых пациентов. – Казань: Университет, 2018.
7. Плотникова, Ю. С. Арт-терапия как средство реабилитации лиц с наркотической зависимостью / Ю. С. Плотникова, Д. К. Аношкина. – Электрон. ресурс. – Режим доступа: <file:///C:/Users/User/Downloads/art-terapiya-kak-sredstvo-reabilitatsii-lits-s-narkoticheskoy-zavisimostyu.pdf>
8. Романов, В. П. Арт-терапия: современные подходы в психиатрии // Психиатрия и психотерапия. – 2020.
9. Ушакова, Л. И. Креативные методы в социальной реабилитации // Журнал социальной работы. – 2019.
10. American Art Therapy Association. Art Therapy and Addiction Recovery. – ААТА, 2018.
11. Baker, F., Homan, K. Creative Arts Therapy for People with Addiction // Journal of Arts and Health. – 2016.
12. Brook, J., Gussak, D. Art Therapy with Special Populations. – Routledge, 2015.
13. Carlsson, S. et al. Art Therapy Impact on Recovery from Substance Abuse // Substance Use & Misuse Journal. – 2020.
14. Cherniak, E. P. Art Therapy Techniques in Addiction Treatment // Art Therapy Today. – 2019.



15. Gussak, D. The Wiley Handbook of Art Therapy. – Wiley-Blackwell, 2021.
16. Haeyen, S. et al. Efficacy of Art Therapy in Addiction Rehabilitation // International Journal of Art Therapy. – 2018.
17. Hogan, S. Risk, Resistance, and Recovery: The Art of Medicine. – Jessica Kingsley Publishers, 2017.
18. Kramer, E. Art as Therapy with Substance Abuse Patients // Creative Arts in Education and Therapy. – 2014.
19. Levenson, H. Expressive Therapies and Recovery // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2019.
20. Rubin, J. A. Art Therapy: An Introduction. – Routledge, 2016.
21. Schafer, C. et al. Integrating Art Therapy in Addiction Treatment Settings // Addiction Research & Theory. – 2021.
22. Thompson, M., Emunah, R. Art Therapy and Clinical Practice. – Macmillan, 2018.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ В ПЕРИОД ПРОЖИВАНИЯ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Муханова И. Ф.

Кафедра философии и психологии

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский
университет имени М. Горького» Минздрава России, Россия, г. Донецк*

Аннотация. В данной статье обосновывается необходимость и раскрытие содержания комплексной многоуровневой системы психологической помощи студентам вузов, проживающим в зоне военного конфликта, с фокусом не только на кризисную интервенцию, но и на восстановление жизненных перспектив.



Подчеркивается необходимость междисциплинарного взаимодействия и создания поддерживающей среды в университете.

Ключевые слова: психологическая помощь, студенческая молодежь, военный конфликт, жизненные перспективы, комплексный подход, кризисная интервенция.

PECULIARITIES OF PROVIDING PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO STUDENTS DURING A MILITARY CONFLICT

Mukhanova I. F.

Department of Philosophy and Psychology

M. Gorky Donetsk State Medical University, Russia, Donetsk

Abstract. This article substantiates the need and disclosure of the content of a comprehensive multi-level system of psychological assistance to university students living in a military conflict zone, with a focus not only on crisis intervention, but also on restoring life prospects. The need for interdisciplinary cooperation and the creation of a supportive environment at the university is emphasized.

Keywords: psychological assistance, student youth, military conflict, life perspectives, integrated approach, crisis intervention.

Введение

Современные социально-политические реалии, особенно в регионах, затронутых вооруженными конфликтами, с новой остротой ставят вопрос о необходимости осмысления и усиления роли психологической помощи в образовательной среде. Военные конфликты сопровождаются высоким уровнем неопределенности, постоянной угрозой жизни и утратами, что оказывает существенное воздействие на психику молодежи [3]. Студенческая молодежь, находящаяся на важнейшем этапе профессионального и личностного



становления, оказывается особенно уязвимой к подобным стрессовым воздействиям, так как процесс формирования идентичности и жизненных перспектив осложняется экстремальными условиями.

Согласно анализу научной литературы, жизненная перспектива определяется как целостный образ будущего, интегрирующий систему ценностных ориентаций, целевых установок, планов и ожиданий, выполняющий смыслообразующую и направляющую функции [3; 4].

Цель статьи: выявить ключевые особенности психологического состояния и планирования будущего студенческой молодежи, обосновать необходимость и раскрыть содержание комплексной многоуровневой системы психологической помощи студентам вузов, проживающим в зоне военного конфликта.

Методология и методы исследования

Эффективная психологическая помощь в условиях военного конфликта должна опираться на следующие концептуальные положения: теория кризисной интервенции (Caplan, 1964) об оказании оперативной поддержки для снижения уровня дезорганизации и восстановления способности личности к адаптации [7]; модель копинг-стратегий (R. Lazarus, S. Folkman, 1984), направленная на развитие навыков совладания со стрессом, обучение методам саморегуляции и мобилизацию внутренних ресурсов [8; 1]; подход посттравматического роста (R. Tedeschi, L. Calhoun, 1996), раскрывающий возможности личностного развития после кризисного опыта [9]; положения экзистенциальной психологии (В. Франкл, И. Ялом) [5]; метод символдрамы (Н. Leuner, 1955), позволяющий через работу с воображаемыми образами переработать травматические переживания и восстановить внутренние ресурсы [2]. Данные подходы позволяют формировать



многоуровневую систему поддержки студенческой молодежи, сочетающую профилактику, диагностику, консультирование и реабилитацию.

Результаты и их обсуждение

Проведенные эмпирические исследования среди студенческой молодежи Донбасса в период активных военных действий выявили широкий спектр психоэмоциональных и психосоматических проблем: трудности с концентрацией внимания, повышенная утомляемость, напряжение, привычка смотреть и читать информацию о боевых действиях, раздражительность, трудности с засыпанием, страх остаться без жилья, страх собственной смерти, слабость, снижение памяти, плохой аппетит, приступы паники, снижение ощущения удовольствия, неприятные ощущения в теле, раннее пробуждение [3].

Согласно результатам футурологического опроса [4], у молодежи в данных условиях наблюдается экзистенциальная переоценка, проявляющаяся в переосмыслении и повышении субъективной ценности жизни и настоящего момента. Несмотря на сохранную функцию планирования, наблюдается смещение его характера в сторону краткосрочности (на период дней или недель) в различных жизненных сферах. Жизненная перспектива – это динамическая, развивающаяся траектория, сущность которой заключается в постоянной актуализации и прогрессирующем расширении личностных ресурсов в рамках временной перспективы [3].

Необходимость разработки и внедрения комплексной многоуровневой системы психологической помощи студентам, проживающим в зоне военного конфликта, обусловлена совокупностью взаимосвязанных факторов, имеющих как объективную (средовую), так и субъективную (личностную) природу.



Среди них:

1. Хронический характер травматизации и его последствия. В отличие от классических моделей кризисной интервенции, ориентированных на единичное травматическое событие и посткризисное восстановление, ситуация на Донбассе характеризуется пролонгированным, длящимся характером воздействия стрессогенных факторов. Студенты на протяжении длительного времени проживают в условиях:

- постоянной угрозы жизни и здоровью (систематические обстрелы);
- высокой неопределенности (невозможность прогнозировать ближайшее будущее);
- информационного давления (травмирующий контент).

Как показывают исследования [3], хроническая травматизация приводит к качественно иным последствиям, нежели острая травма: формируется «синдром проживания в зоне конфликта», включающий эмоциональное истощение, когнитивные нарушения (снижение концентрации, памяти), соматизацию, а главное – трансформацию жизненных перспектив. Традиционные модели помощи, ориентированные преимущественно на снятие симптомов ПТСР, оказываются недостаточными, поскольку не учитывают экзистенциального измерения переживаний и не решают проблему с нарушенной способности к построению жизненных перспектив.

2. Специфика возрастного этапа и уязвимость студенческой молодежи. Студенческий возраст (17–25 лет) является сензитивным периодом для формирования профессиональной идентичности, ценностно-смысловой сферы и построения долгосрочных жизненных планов [6]. Это этап, когда в норме происходит активное проектирование будущего: выбор профессиональной траектории, создание семьи, определение жизненных приоритетов. Проживание



в условиях военного конфликта деформирует сам механизм целеполагания: временная перспектива резко сужается, доминирующими становятся стратегии выживания и адаптации к текущему моменту, тогда как задачи личностного и профессионального развития отодвигаются на периферию или вовсе утрачивают актуальность.

Эмпирические данные свидетельствуют о том, что у студентов Донбасса наблюдается:

- редукция временной перспективы (преобладание краткосрочного планирования);
- экзистенциальная переоценка (повышение ценности настоящего момента при снижении значимости отдаленного будущего);
- трансформация мотивации достижения (смещение фокуса с долгосрочных целей на текущий процесс и ситуативные результаты) [3].

3. Недостаточность фрагментарных и узконаправленных моделей помощи.

Анализ существующей практики психологического сопровождения в вузах показывает, что чаще всего реализуются отдельные, не связанные в единую систему мероприятия: кризисное консультирование по запросу, разовые тренинги, диагностические срезы. Такой подход не обеспечивает:

- преемственности помощи на разных этапах (от острого кризиса до долгосрочной реабилитации);
- охвата различных категорий студентов (с разной глубиной травматизации, разными запросами);
- интеграции усилий специалистов разного профиля (психологов, педагогов, социальных работников, медицинских работников);
- системной работы с ключевыми аспектами (временная перспектива, смысложизненные ориентации, мотивационная сфера).



Эти особенности требуют специализированных подходов, ориентированных не только на симптоматическую помощь, но и на поддержку процессов смыслообразования и восстановление способности к построению жизненных перспектив.

Таким образом, возникает объективная потребность в разработке целостной, теоретически обоснованной и эмпирически верифицированной модели психологической помощи, которая учитывала бы все перечисленные факторы и обеспечивала бы системное, многоуровневое воздействие.

На основе проведенных исследований [3] предлагается модель комплексной помощи, включающей компоненты психологической стабилизации, поддержки оперативного целеполагания и работы с образами будущего.

Предлагаемая система психологической помощи базируется на следующих методологических принципах:

- принцип комплексности (учет спектра нарушений);
- принцип этапности и преемственности (последовательное движение от стабилизации к глубинной проработке);
- принцип дифференциации (учет степени тяжести состояния, индивидуальных особенностей и запросов);
- принцип экологичности (работа в зоне ближайшего развития, опора на ресурсы личности и среды);
- принцип междисциплинарности (взаимодействие специалистов разного профиля).

Многоуровневая, гибкая психологическая помощь в условиях военного конфликта должна носить комплексный характер:



- Кризисное консультирование – оперативное вмешательство для стабилизации психоэмоционального состояния, снижения уровня тревоги и паники, планирования ближайших безопасных шагов.
- Тренинги поддержки – развитие навыков коммуникации, эмпатии, взаимной поддержки, профилактика социальной изоляции.
- Формирование адаптивных копинг-стратегий – обучение методам саморегуляции (дыхательные практики, релаксация).
- Психопросвещение – информирование студентов о механизмах стресса, тревоги и путях его преодоления для самопомощи и помощи сверстникам, близким.
- Долгосрочная психореабилитация – сопровождение студентов, переживших травму, с целью восстановления жизненных сил, планов и перспектив.
- Групповая психотерапия с использованием метода символдрамы – символическая работа с образом, которая позволяет интегрировать травму в личный опыт без ее разрушительного воздействия. Мотивы «Безопасное место», «Родник», «Крепость» и др., способствуют гармонизации эмоционального состояния и укреплению чувства безопасности. Поддержка жизненной перспективы – воображаемые сценарии будущего («Дерево жизненных ресурсов», «Путешествие по реке», «Машина времени») помогают студентам выстраивать новые планы и видеть возможные пути личностного роста.
- Междисциплинарное взаимодействие – сотрудничество психологов, педагогов, кураторов групп, социальных работников и медицинских специалистов. Это позволяет осуществлять раннее выявление проблем, комплексное сопровождение студентов, своевременно направлять к узким специалистам (психиатрам, психотерапевтам) при необходимости.



Заключение

Психологическая помощь студентам в условиях военного конфликта является важным фактором сохранения психического здоровья молодежи, обеспечения их академической успешности и личностного развития. Организация системы психологической помощи в образовательных учреждениях должна быть комплексной, интегрирующей кризисную интервенцию, психотерапевтическую поддержку и психореабилитацию. Данная модель может служить основой для организации деятельности психологических служб в образовательных учреждениях, функционирующих в зонах конфликтов, а также в иных ситуациях хронического стрессового воздействия.

Источники и литература / Sources and references:

1. Акименко Г.В., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия // Дневник науки. - 2020. - № 11 (47). - С. 13.
2. Лейнер Х. Кататимное переживание образов: Основная ступень. Введение в психотерапию с использованием техники сновидений наяву. Семинар / Х. Лейнер. М.: Эйдос, 1996. 253 с.
3. Муханова И. Ф. Биографический метод как способ познания жизненного пути личности на примере студенческой молодежи Донбасса // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2022. № 4(91). С. 420–428. <https://doi.org/10.24412/1999-6241-2022-491-420-428>
4. Панок В. Г., Рудь Г. В. Психология жизненного пути личности: монография. Киев: Ника-Центр, 2006. 280 с.
5. Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия. СПб: Речь, 2000. 286 с.



6. Швалб Ю. М., Муханова И. Ф. Возрастная психология: учеб. пособие для студентов вузов и практических психологов. Донецк: Норд-Пресс, 2005. 304с.
7. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
8. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer, 1984.
9. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress, 1996, 9(3), 455–471.

ПЕРИОДИЗАЦИЯ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА КАК УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАДЁЖНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Ожерельева Н. Р., Волчатников А. А.

ФГАУ «Военный инновационный технополис «ЭРА»

Россия, г. Анапа,

Аннотация. Современные условия военной службы характеризуются высокими требованиями к комплексной устойчивости личного состава, объединяющей физические и психические составляющие. Физическая устойчивость к экстремальным факторам среды формируется на базе развитого комплекса моторных качеств (выносливость, сила, координация), функциональных резервов систем организма и адаптационных механизмов, эффективность реализации которых зависит от уровня психической регуляции. Достижение целевых параметров подготовки возможно за счет максимальной оптимизации тренировочного процесса. В статье обосновывается эффективность периодизации тренировочного процесса в системе физической подготовки, как системного инструмента повышения профессиональной надёжности



военнослужащих за счёт оптимизации адаптационных процессов, снижения травматизма и предотвращения перетренированности.

Ключевые слова: периодизация, военная физическая подготовка, профессиональная надёжность, адаптация, травматизм, тренировочный процесс, перетренированность.

PERIODIZATION OF THE TRAINING PROCESS AS A CONDITION FOR ENSURING PROFESSIONAL RELIABILITY OF MILITARY PERSONNEL IN EXTREME CONDITIONS

Ozherelyeva N.R., Volchatnikov A.A.

FSAU «Military Innovative Technopolis «ERA»

Russia, Anapa

Abstract. Contemporary military service is characterized by high demands on personnel's comprehensive resilience, which integrates both physical and psychological components. Physical resilience to extreme environmental factors is built upon a well-developed set of motor qualities (endurance, strength, coordination), functional reserves of the body's systems, and adaptive mechanisms—whose effective implementation depends significantly on the level of psychological regulation. Achieving target training parameters necessitates maximal optimization of the training process. This article substantiates the effectiveness of periodization within the physical training system as a systematic tool for enhancing military personnel's professional reliability through optimized adaptation processes, reduced injury rates, and prevention of overtraining.

Keywords: periodization, military physical training, professional reliability, adaptation, injuries, training process, overtraining.

Введение



Реалии боевых столкновений в условиях войн нового поколения характеризуются высокой интенсивностью физических и психических нагрузок, неопределённостью тактической обстановки и необходимостью длительного сохранения работоспособности при дефиците времени на восстановление. Такие факторы определяют военную деятельность как одну из наиболее экстремальных форм профессиональной деятельности, где военнослужащий постоянно подвергается комплексному воздействию стрессовых раздражителей [12]. В этих условиях профессиональная надёжность военнослужащего — его способность сохранять устойчивую функциональную эффективность при выполнении задач в неблагоприятных условиях - становится определяющим фактором боеготовности подразделений [8].

Высокий уровень физической подготовленности развивает природные возможности человека, формируя профессионально важные качества: силу для преодоления препятствий, выносливость для длительных маршей и мобильность опорно-двигательного аппарата для выполнения сложных манёвров, гарантируя тем самым работоспособность в экстремальной обстановке. Однако, когда уровень физической подготовленности оказывается ниже требуемого, происходит снижение профессиональной надёжности, выражающееся в неспособности организма поддерживать требуемую функциональную эффективность. Недостаточная физическая подготовленность и хроническое переутомление ведет к преждевременному моральному и физическому истощению, травматизму, а значит, роста числа кадровых потерь и нарушению преемственности боевого опыта.

Например, в Корпусе морской пехоты США травмы опорно-двигательного аппарата ежегодно приводят к финансовым потерям в размере 111 млн долларов и 356 000 потерянных дней службы [5]. По статистике, в армии



США более трети новобранцев получают такие травмы уже на этапе начальной подготовки [14].

Традиционные подходы к организации физической подготовки, основанные на стихийном наращивании нагрузок или монотонной линейной прогрессии, не учитывают закономерностей физиологической адаптации и зачастую усугубляют риски перетренированности и травматизма [3, 7]. Интенсивные нагрузки без учёта индивидуальных адаптационных возможностей могут приводить к ряду негативных состояний: обратимому функциональному утомлению (которое при адекватном восстановлении стимулирует рост тренированности) и стойкому нефункциональному истощению, проявляющемуся в снижении производительности, нарушении сна и изменении настроения [13], а также к нарушению гормонального баланса - снижению соотношения тестостерон/кортизол, что является маркером чрезмерного стресса [9, 11].

Поэтому становится актуальной необходимость совершенствования тренировочного процесса в рамках формирования устойчивой адаптации организма к экстремальным нагрузкам без ущерба для здоровья.

Цель работы - обосновать периодизацию силовой нагрузки как системного инструмента повышения профессиональной надёжности военнослужащих через оптимизацию физиологических адаптационных процессов.

Периодизация тренировочного процесса в военной физической подготовке

Обеспечение выживаемости и результативности действий военнослужащего в экстремальных условиях базируется на целенаправленном формировании физических качеств, таких как сила, выносливость и



подвижность двигательного аппарата, как фундамента боевой готовности. Их формирование требует строгого соблюдения принципов адаптации тканей и систем организма к внешнему воздействию, что исключает применение бессистемных методов и актуализирует необходимость использования упорядоченных моделей организации занятий.

Исторически процесс формирования систем физической подготовки (ФП) в военной сфере эволюционировал от стихийных, несистематизированных методик к комплексным, научно обоснованным моделям управления тренировочным процессом [15]. Данный переход обусловлен углублённым пониманием биологических механизмов адаптации организма к физическим нагрузкам, а также необходимостью достижения оптимального баланса между максимизацией функциональной эффективности и минимизацией рисков, включая травматизм и перетренированность [6, 10].

Анализ традиционных программ военной ФП выявляет два доминирующих, однако методологически ограниченных подхода, недостаточных для подготовки современных военнослужащих, чья профессиональная деятельность предъявляет высокие физические требования [15].

Первый подход основан на нестандартизированных круговых тренировках, ориентированных преимущественно на развитие навыков работы с собственным весом и метаболической устойчивости. Отсутствие чётко регламентированной прогрессии нагрузок и специфичности упражнений, адаптированных к тактическим задачам, приводит к преобладанию принципа «тренировки до отказа». Такая парадигма не только снижает эффективность адаптационных процессов, но и коррелирует с повышенной частотой травм опорно-двигательного аппарата [15].



Второй подход предполагает использование линейных программ тренировок, характеризующихся постепенным увеличением нагрузки на каждой последующей тренировке. Несмотря на доказанную эффективность в развитии максимальной силы, данные модели демонстрируют ограниченную применимость в условиях полифункциональной подготовки. Это связано с физиологической несовместимостью адаптационных механизмов, необходимых для одновременного совершенствования силовых показателей, анаэробной и аэробной выносливости — ключевых компонентов боевой готовности военнослужащих [15].

Концепция периодизации возникла как методологически обоснованный ответ на недостатки традиционных моделей тренировочного процесса, предлагая системное управление параметрами нагрузки для оптимизации адаптационных реакций организма. С научной точки зрения, периодизация представляет собой планомерную вариацию ключевых тренировочных переменных - интенсивности, объёма, частоты занятий, продолжительности циклов и специфики упражнений - с целью предотвращения перетренированности, снижения вероятности травм и достижения максимальных показателей физической подготовленности к строго регламентированным срокам [2, 6].

Отсутствие периодизации в тренировочном процессе неизбежно ведёт к снижению темпов роста физических качеств и преждевременной остановке прогресса, поскольку нарушается фундаментальный биологический закон адаптации: организм реагирует на стресс только тогда, когда этот стимул является новым или изменяющимся во времени. Монотонные нагрузки ведут к гомеостазу и эффекту «плато», блокируя механизм суперкомпенсации. Также проблемой является интерференция адаптаций — молекулярный конфликт сигнальных путей при одновременном развитии силы и выносливости, что



приводит к субоптимальным результатам. Игнорирование фаз восстановления провоцирует истощение эндокринной системы и снижение иммунного статуса, повышая риск травматизма.

Эффективность периодизированного тренировочного процесса базируется на следующих принципах:

1. Принцип волнообразности: управляемая вариативность тренировочных параметров нивелирует эффект стабильной адаптации (плато), создавая оптимальные условия для реализации эффекта суперкомпенсации в строго определенных временные интервалы.

2. Принцип последовательности и приоритетности: поэтапная концентрация тренировочного воздействия на доминирующих физических качествах (в векторе от общей выносливости к максимальной силе и мощности) минимизирует феномен интерференции адаптаций и формирует необходимый физиологический базис для прогрессивной динамики результатов.

3. Принцип специфичности: дифференцированный переход от общеподготовительных к узкоспециализированным упражнениям по мере приближения к контрольным нормативам обеспечивает высокий коэффициент положительного переноса тренированности непосредственно в профессионально-прикладную деятельность.

4. Принцип циклического планирования (макро-, мезо-, микроциклы): иерархическая структура планирования, включающая регламентированные разгрузочные фазы, позволяет осуществлять жесткий контроль над кумулятивным утомлением, предотвращать развитие состояний хронического переутомления и поддерживать долгосрочную оперативную готовность личного состава.



5. Принцип индивидуализации: адаптация тренировочных нагрузок под индивидуальные особенности человека (уровень физической подготовленности, скорость восстановления, состояние здоровья) позволяет точно дозировать объем и интенсивность занятий. Это обеспечивает баланс между эффективным тренировочным стимулом и своевременным восстановлением, повышает отдачу от каждого этапа подготовки, снижает риск перетренированности и травм, а также способствует стабильному росту результатов с учетом личного потенциала каждого занимающегося.

Программы силовой подготовки, построенные по принципам периодизации, расширяют возможности военнослужащих в выполнении задач с высокими физическими требованиями. В исследовании с участием женщин-военнослужащих установлено, что 6-месячный комбинированный тренировочный цикл, интегрирующий силовые упражнения и высокоинтенсивные интервальные тренировки с акцентом на подъём и переноску грузов, повысил долю лиц, соответствующих требованиям для военно-профессиональных должностей категории «высокой» и «крайне высокой» физической нагрузки с 24 % до 78 % [8]. Полученные данные свидетельствуют, что систематизированная силовая подготовка позволяет преодолевать физиологические ограничения, обеспечивая равные возможности для служебной деятельности представителей различных демографических групп.

Одним из преимуществ применения периодизации в военной физической подготовке является снижение риска травматизма. Традиционные программы зачастую базируются на монотонных двигательных шаблонах и недостаточно учитывают развитие подвижности суставов и биомеханики движений, что определяется как значимый фактор риска травматизации. Сравнительный анализ



программ физической подготовки до и после внедрения стандарта Army Combat Fitness Test (ACFT, Тест боевой физической подготовки армии США) выявил парадоксальный результат: несмотря на увеличение времени, выделяемого на силовые упражнения, зафиксирован рост травм поясничного отдела позвоночника на 2,9 % и травм, обусловленных спецификой силовых тренировок, на 1,7 %. Авторы исследования подчеркивают необходимость строгого контроля техники выполнения упражнений, системного применения принципов периодизации, индивидуализации нагрузок и обучения методам восстановления для минимизации указанных рисков [10].

Анализ научной литературы позволил выявить ключевые различия в методологиях физической подготовки. Сравнительная характеристика традиционного подхода к тренировочному процессу и физической подготовки с применением периодизации представлена в таблице 1 [0, 2, 6, 10, 15].

Таблица 1 – Сравнительный анализ систем физической подготовки с традиционной и периодизированной структурой тренировочного процесса

Характеристика	Традиционная военная ФП	ФП с применением периодизации
Основной подход	Случайные круговые тренировки или линейная прогрессия.	Спланированное управление тренировочными переменными.
Структура	Не структурированная, отсутствие прогрессии.	Четко определенные фазы с разной спецификой.
Специфичность	Низкая, общая метаболическая нагрузка.	Высокая, программа составляется под конкретные цели (боевые задачи, испытания).
Развитие качеств	Попытка одновременного развития всех качеств.	Последовательное развитие качеств (от общих к специфическим).
Управление	Отсутствие формального	Плановое увеличение и снижение



нагрузкой	управления, высокий риск переутомления.	нагрузки, введение разгрузочных фаз.
Травматизм	Связан с однообразием движений и недостатком техники.	Может снижаться за счет работы над биомеханикой и восстановлением.

Таким образом, внедрение периодизации в системы физической подготовки военнослужащих отражает переход от эмпирических методов к научно обоснованному управлению тренировочным процессом. Это позволяет заменить стихийное наращивание нагрузок целенаправленным планированием адаптационных циклов, синхронизированных с физиологическими принципами суперкомпенсации и тактическими требованиями боевой деятельности [4]. Внедрение обосновано не только повышением функциональной эффективности, но и формированием физиологически безопасной системы подготовки. Описанный подход учитывает закономерности адаптационных процессов, исключает хроническое перенапряжение и обеспечивает устойчивую работоспособность личного состава в условиях длительных циклов боевой подготовки.

Заключение

Физическая подготовка является ключевым фактором обеспечения профессиональной надежности военнослужащих в современных условиях военной службы. Высокий уровень физического и психического напряжения требует отказа от стихийных методов подготовки в пользу научно обоснованного управления тренировочным процессом, ключевым инструментом которого может стать периодизация силовой нагрузки.

Установлено, что традиционные подходы, игнорирующие закономерности физиологической адаптации, способствуют развитию хронического утомления и



повышают риск травматизма. В противовес этому, система периодизации обеспечивает оптимальное соотношение нагрузки и восстановления. Последовательная концентрация на развитии конкретных физических качеств и вариативность параметров нагрузки предотвращают состояние истощения и поддерживают долгосрочную работоспособность.

Внедрение периодизации в тренировочный процесс позволяет минимизировать медицинские риски и повысить эффективность выполнения боевых задач. Таким образом, периодизация представляет собой физиологически безопасную модель подготовки, которая реализует природный потенциал человека в устойчивые профессионально важные качества, необходимые для деятельности в экстремальной обстановке.

Источники и литература / Sources and references:

1. Abt J. P., Oliver J. M., Nagai T. [et al.] Block-periodized training improves physiological and tactically relevant performance in naval special warfare operators // Journal of Strength and Conditioning Research. – 2016. – Vol. 30, № 1. – P. 39–52. – DOI: 10.1519/JSC.0000000000001082.
2. Acute Variables: Periodization Training [Электронный ресурс]. URL: <https://brookbushinstitute.com/courses/acute-variables-periodization-training> (дата обращения: 03.12.2025).
3. Chizewski A., Box A., Kesler R. M., Petruzzello S. J. High intensity functional training (HIFT) improves fitness in recruit firefighters // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2021. – Vol. 18, № 24. – P. 13400. – DOI: 10.3390/ijerph182413400.
4. González-Badillo J. J., Sánchez-Medina L., Ribas-Serna J., Rodríguez-Rosell D. Toward a new paradigm in resistance training by means of velocity



monitoring: A critical and challenging narrative // Sports Medicine - Open. – 2022. – Vol. 8, № 1. – P. 118. DOI: 10.1186/s40798-022-00513-z.

5. Jensen A. E., Laird M., Jameson J. T., Kelly K. R. Prevalence of musculoskeletal injuries sustained during Marine Corps recruit training // Military Medicine. – 2019. – Vol. 184, Suppl. 1. – P. 511–520. DOI: 10.1093/milmed/usy387.

6. Kyröläinen H., Pihlainen K., Vaara J. P. [et al.] Optimising training adaptations and performance in military environment // Journal of Science and Medicine in Sport. – 2018. – Vol. 21, № 11. – P. 1131–1138. DOI: 10.1016/j.jsams.2017.11.019.

7. Liu P., Liu Y., Hao X. [et al.] The impact of an 8-week integrated neuromuscular training on strength, speed, and agility in military personnel: A randomized controlled trial // BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation. – 2025. – Vol. 17, №1. – P. 127. DOI: 10.1186/s13102-025-01172-9.

8. Mikkonen R. S., Drain J. R., Vaara J. [et al.] Importance of strength training for sustaining performance and health in military personnel // BMJ Military Health. – 2025. – Vol. 171, № 5. – P. 413–417. DOI: 10.1136/military-2024-002744.

9. Ojanen T., Kyröläinen H., Kozharskaya E., Häkkinen K. Changes in strength and power performance and serum hormone concentrations during 12 weeks of task-specific or strength training in conscripts // Physiological Reports. – 2020. – Vol. 8, № 9. – P. e14422. DOI: 10.14814/phy2.14422.

10. Pearson R. C., Grier T., Benedict T., Mahlmann O., Canham-Chervak M. Changes in physical training and injury incidence following the introduction of a new military fitness test // Journal of Strength and Conditioning Research. – 2025. – Vol. 39, № 5. – P. 684–691. DOI: 10.1519/JSC.0000000000005063.

11. Rowell A. E., Aughey R. J., Hopkins W. G. [et al.] Effects of training and competition load on neuromuscular recovery, testosterone, cortisol, and match



performance during a season of professional football // *Frontiers in Physiology*. – 2018. – Vol. 9. – P. 668. DOI: 10.3389/fphys.2018.00668.

12. Sipos D., Vészi K., Bogár B. [et al.] Physiological state monitoring in advanced soldiers: Precision health strategies for modern military operations // *Sci*. – 2025. – Vol. 7, № 4. – P. 137. DOI: 10.3390/sci7040137.

13. Vrijckotte S., Roelands B., Pattyn N., Meeusen R. The overtraining syndrome in soldiers: Insights from the sports domain // *Military Medicine*. – 2019. – Vol. 184, № 5–6. – P. 192–200. DOI: 10.1093/milmed/usy274.

14. Webber B. J., Deuster P. A., Fraser J. J. [et al.] Research agenda for physical activity promotion to enhance health and performance in the military community // *BMJ Military Health*. – 2025. – Vol. 171, №1. – P. 1-3. DOI: 10.1136/military-2023-002565.

15. Zimmerlie A. Block Periodisation for Tactical Populations [Электронный ресурс] // *The Cove*. – 2018. URL: <https://cove.army.gov.au/article/block-periodisation-tactical-populations> (дата обращения: 01.12.2025).

ПОЛЬЗА УТРЕННЕЙ ГИМНАСТИКИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ЧЕЛОВЕКА, ПРОШЕДШЕГО ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Папин М. А.

Кафедра физической культуры

ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемеров

Научный руководитель: - А. Н. Брюхачев

Аннотация. В данной статье рассмотрено влияние и польза утренней гимнастики в санаторно-курортном лечении человека прошедшего экстремальные



условия жизнедеятельности. Проведен анализ литературы по теме. Приведены 10 советов для правильной гимнастики в санатории для лиц, прошедших условия жизни в экстремальных условиях. Установлено, что если сделать выполнение зарядки по утрам хорошей привычкой и начать ею заниматься в санатории, можно защитить себя от появления остеохондроза, артрита, атеросклероза и других серьезных патологий. Кроме того, утренняя гимнастика в санатории помогает укрепить сердечную мышцу, а также быстро восстановить ментальную усталость и психическое состояние.

Ключевые слова: экстремальные условия, зарядка, санаторий, курорт, восстановление организма.

**THE BENEFITS OF MORNING GYMNASTICS IN SANITARY
AND RESORT TREATMENT OF A PERSON WHO HAS EXPERIENCED
EXTREME CONDITIONS OF LIFE**

Papin M. A.

Department of Physical Education

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Scientific advisor: A. N. Bryukhachev

Abstract. This article examines the impact and benefits of morning exercises in the sanatorium treatment of a person who has undergone extreme living conditions. An analysis of the literature on the topic is carried out. The 10 tips for proper gymnastics in a sanatorium for people who have passed the conditions of life in extreme conditions are given. It has been established that if you make exercising in the morning a good habit and start doing it in a sanatorium, you can protect yourself from osteochondrosis, arthritis, atherosclerosis and other serious pathologies. In addition, morning exercises at the sanatorium help strengthen the heart muscle, as well as quickly restore mental fatigue and mental state.



Keywords: extreme conditions, exercise, sanatorium, resort, body recovery.

Для человека, прошедшего экстремальные условия жизни, где помимо физической нагрузки была еще и сильная психическая, оптимальным является восстановление сил и психического состояния в условиях санаторно-курортного лечения [1-5]. Санаторий — это современный оздоровительный курорт, лечебно-профилактическое учреждение для лечения и профилактики заболеваний, цель которого — позволить гостям получить максимум пользы для своего организма даже при коротком отдыхе. Длительность пребывания варьируется от 10 дней до нескольких недель. Располагаться могут как в природных зонах с благоприятными климатическими условиями, так и вблизи промышленных предприятий (профилактории для работников). Процедуры и режим подбирают после осмотра врача. В отличие от больниц санатории не предназначены для экстренной помощи при острых состояниях. Главной задачей является реабилитация, укрепление здоровья, профилактика рецидивов хронических болезней. К лечению проверенными временем методами сегодня добавляются и вспомогательные методы, например, занятия физкультурой [6-11].

Польза утренней гимнастики доказана и неоспорима [12-19]. Основой качественного санаторно-курортного лечения является распорядок дня. Ранний подъем в санатории позволяет получить больше эффекта от терапевтических процедур, поскольку организм успевает проснуться, подготовиться к различным воздействиям и лучше «впитывает» всё, что с ним происходит. В чем же доказанная польза зарядки для лиц, прошедших условия жизни в экстремальных условиях?



Улучшение кровообращения

Во время ночного сна в санатории мы большую часть времени проводим в одном положении. При этом полностью расслабляются мышцы, а внутренняя жидкая среда организма — кровь, лимфа и тканевая жидкость — замедляют свой темп. Начиная утро в санатории с зарядки, вы заставляете кровь двигаться по сосудам в обычном темпе. Те, кто игнорирует упражнения по утрам, вынуждены дожидаться, когда организм полностью проснется и кровь начнет привычное движение по сосудам. Но те, кто занимается гимнастикой регулярно, помогают крови начать питать организм с самого утра.

Укрепление мышц

Приятным побочным эффектом пребывания в санатории является снижение веса или улучшение силуэта фигуры. Это случается, во-первых, из-за сбалансированного питания в санатории. Во-вторых, благодаря действию правильно подобранных лечебных процедур. И в-третьих, благодаря физической активности. Утренняя гимнастика в санатории благоприятно влияет на мышечный тонус. Мышцы, которые подвергаются небольшой нагрузке с утра, более эластичны и восприимчивы к различным видам нагрузки, поэтому вы не только разминаете их перед новым днем, но и готовите к процедурам, которые предстоят в течение дня.

Бодрость и хорошее настроение

По статистике, утренние физические нагрузки помогают лучше пережить предстоящий день. Дело в том, что зарядка и гимнастика в утреннее время — это как резкий толчок для нашей нервной системы и головного мозга. Во время зарядки вырабатываются гормоны счастья — эндорфины, которые помогают легче справиться с предстоящими психоэмоциональными нагрузками. Как показывает практика, люди, которые занимаются гимнастикой по утрам, более



работоспособны, меньше утомляются, лучше запоминают новую информацию и концентрируют внимание, а также легче переносят стрессы. Если делать гимнастику в санатории, вдали от городской суеты и загрязненного воздуха, эффект от зарядки будет еще лучше.

Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой и опорно-двигательной системы

Определенная группа упражнений при регулярном выполнении способствует профилактике некоторых серьезных заболеваний, которые могут возникать у лиц, живших в условиях экстремальной нагрузки. Как известно, малоподвижный образ жизни также плохо сказывается на здоровье, а утренняя гимнастика в санатории его восстанавливает. Если сделать выполнение зарядки по утрам хорошей привычкой и начать ею заниматься в санатории, можно защитить себя от появления остеохондроза, артрита, атеросклероза и других серьезных патологий. Кроме того, утренняя гимнастика в санатории помогает укрепить сердечную мышцу.

Изучив специальную литературу [20-24], опыт врачей санитарно-курортных организаций, представленный в широком литературном обзоре, можно предложить 10 советов для правильной гимнастики в санатории.

Если вы планируете поездку в санаторий и знаете, что пребывание на курорте станет для вас началом новой полезной привычки, можно воспользоваться этими советами.

1. Каждое утро, просыпаясь в санатории, начинайте со стакана чистой питьевой воды комнатной температуры. Допускается — минеральной.
2. Заводите будильник на одно и то же время на протяжении всего отдыха в санатории. Желательно, чтобы это было за 1 час до завтрака.
3. Не переставляйте будильник «на 5 минут»: вставайте сразу.



4. Начинайте утреннюю гимнастику в санатории с самых простых упражнений, например, наклонов головы. Постепенно усложняйте упражнения, но не допускайте перегрузки.
5. Следите, чтобы длительность зарядки была не меньше 5 и не больше 20 минут.
6. Делайте упражнения медленно, аккуратно, не торопясь. Не допускайте резких движений.
7. Если вы выбираете для отдыха в санатории позднюю весну, лето или начало осени, проводите зарядку на улице, на свежем воздухе. В этом случае эффект от упражнений будет лучше.
8. Делайте гимнастику в санатории перед завтраком. Заниматься спортом после еды нельзя.
9. Обязательно примите контрастный или прохладный душ после гимнастики (если нет противопоказаний сердечнососудистой системы).
10. Следите за своим самочувствием во время утренней гимнастики. Если вы чувствуете себя плохо, обратитесь к персоналу санатория.

Источники и литература / Sources and references:

1. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура: учебное пособие / В. А. Епифанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 568 с.
3. Ингерлейб М.Б. Анатомия физических упражнений/М.Б.Ингерлейб. – Ростов н/Д: Феникс, 2010 – 187 с.
4. Кондрашев А.В., Ходарев С.В., Харламов Е.В., Душенков П.А. Медицинский массаж / под ред. Сидоренко Ю.А. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. – 400 с.



5. Попов С.Н., Валеев Н.М., Гарасева Т.С. и др. Лечебная физическая культура: учебник для студентов высш. учебн. заведений / (под ред. Попов С.Н.). – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 416 с.
6. Кизько, А. П. Физическая культура. Теоретический курс: учебное пособие / А. П. Кизько, Л. Г. Забелина, Е. А. Кизько. — Новосибирск: НГТУ, 2016. — 128 с.
7. Сарычева, Т. В. История физической культуры и спорта: учебное пособие / Т. В. Сарычева; Национальный исследовательский Томский политехнический университет. — Томск: Изд-во ТПУ, 2013.
8. Тычинин, Н. В. Физическая культура в техническом вузе: учебное пособие / Н. В. Тычинин, В. М. Суханов. — Воронеж: ВГУИТ, 2017. — 99 с.
9. Чертов, Н. В. Физическая культура: учебное пособие / Н. В. Чертов. - Ростов-на-Дону: Издательство ЮФУ, 2012. - 118 с.
10. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация: учеб. для студ. вузов / Г.Н. Пономаренко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 368с.-150 экз.
11. Пономаренко, Г.Н. Общая физиотерапия: учеб. для студ. вузов / Г.Н. Пономаренко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 368с.-143 экз.
12. Епифанов, В.А. Восстановительная медицина: учеб. для вузов / В.А Епифанов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 304с. –У-80 экз.
13. Епифанов, В.А. Восстановительная медицина: учебник [Электронный ресурс] / В.А Епифанов - 2013. - 304с.
14. Пономаренко, Г. Н. Медицинская реабилитация / Г. Н. Пономаренко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 368 с.
15. Пономаренко, Г. Н. Медицинская реабилитация. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. Г. Н. Пономаренко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 240 с.



16. Епифанов, В. А. Лечебная физическая культура: учебное пособие / Епифанов В. А., Епифанов А. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 704 с.
17. Медицинская реабилитация / Епифанова А. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа., - 736 с.
18. Ибатов, А.Д. Основы реабилитологии: учеб. Пособие [Электронный ресурс] /А.Д. Ибатов, С.В. Пушкина. – 2007. – 160 с.
19. Епифанов, В. А. Массаж в медицинской реабилитации. Иллюстрированное учебное пособие / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов, И. И. Глазкова [и др.] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 368 с.
20. Епифанов, В. А. Реабилитация в травматологии и ортопедии / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 416 с.
21. Дубовой, Р.М. Методы функциональной диагностики в реабилитации: учеб.- метод. Пособие для студ. Мед. вузов / Р. М. Дубовой, Г.П. Никулина.- Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2014.-48с.
22. Дубовой, Р.М. Средства и методы медицинской реабилитации: учеб. пособие для студ. мед. вузов / Р. М. Дубовой, Г.П. Никулина, В.В. Бабий.- Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2014.- 66с.
23. Дубовой, Р.М. Основы медицинской реабилитации: метод. рек. для студ. мед. вузов / Р. М. Дубовой, Г.П. Никулина.- Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2014.- 32с.
24. Реабилитационный потенциал: метод. пособие / сост.: Р.М. Дубовой, Г.П. Никулина – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2013. – 33с.



ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ИННОВАТИКА КАК РЕСУРС И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ

Рамизов Б.Ш., Заманбеков Қ.Ж., Серикова А.С., Смагулова Г.Т.

Кафедра психиатрии и наркологии

НАО «Медицинский университет Семей»,

Республика Казахстан, г. Семей

Научный руководитель - А.А. Алмагамбетова

Аннотация. Целью данного исследования является анализ психолого-педагогической инноватики как ресурса и стратегии развития современного образования. Методологическую основу составляют анализ и обобщение научной литературы, а также сравнительный подход к изучению различных концепций образовательных инноваций. В результате установлено, что психолого-педагогическая инноватика способствует повышению качества образования, развитию когнитивных и личностных компетенций обучающихся, а также обеспечивает адаптацию образовательных систем к современным условиям. Практическая значимость исследования заключается в обосновании необходимости комплексного и психологически ориентированного внедрения инноваций в образовательный процесс.

Ключевые слова: психолого-педагогическая инноватика, образовательные инновации, качество образования, компетентностный подход, цифровизация образования, личностное развитие, образовательная стратегия.

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL INNOVATION AS A RESOURCE AND STRATEGY FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT

Ramizov B.Sh., Zamanbekov K.Zh., Serikova A.S., Smagulova G.T.

Department of Psychiatry and Narcology

Scientific adviser - A.A. Almagambetova



Abstract. The purpose of this study is to analyze psychological and pedagogical innovation as a resource and strategy for the development of modern education. The methodological basis includes the analysis and synthesis of scientific literature, as well as a comparative approach to the study of various concepts of educational innovation. The results demonstrate that psychological and pedagogical innovation contributes to improving the quality of education, developing cognitive and personal competencies of learners, and ensuring the adaptation of educational systems to contemporary conditions. The practical significance of the study lies in substantiating the need for a comprehensive and psychologically oriented implementation of innovations in the educational process.

Keywords: psychological and pedagogical innovation, educational innovations, quality of education, competency-based approach, digitalization of education, personal development, educational strategy.

Введение

В условиях цифровизации образования возрастает роль психолого-педагогической инноватики как ключевого фактора модернизации образовательных систем. Современные исследования подчеркивают, что инновационные процессы в педагогике направлены не только на внедрение новых технологий, но и на трансформацию образования в целом — от передачи знаний к развитию компетенций и личности обучающегося.

Цель исследования: провести анализ научной литературы по проблеме психолого-педагогической инноватики и определить её роль как ресурса и стратегии развития современного образования.



Объекты и методы исследования

Объектом исследования послужили научные публикации по направлению в психолого-педагогической инноватике в системе образования. Предмет исследования: особенности её реализации как ресурса и стратегии.

Методы исследования: систематический поиск и анализ научной литературы, сравнительный анализ образовательных технологий, обобщение данных систематических обзоров и метаанализов, интерпретация результатов исследований.

Поиск источников осуществлялся в международных научных базах данных (PubMed, Google Scholar, ResearchGate), а также в отчетах международных организаций (WHO, UNESCO).

Результаты и их обсуждение

Анализ литературы показал, что психолого-педагогическая инноватика развивается в нескольких направлениях. В приоритете внимание уделяется изучению инновационной деятельности педагогов и отмечают, что успешность внедрения инноваций напрямую связана с уровнем профессиональной компетентности, мотивацией и готовностью педагогов к изменениям. Рассматриваются психологические барьеры инновационной деятельности. Также, направлением является изучение инновационной образовательной среды, включающей организационные, методические и психологические условия, способствующие внедрению новых технологий обучения. Значительное внимание уделяется отношению психолого-педагогической работы, которая включает консультирование, обучение и поддержку педагогов в процессе внедрения новшеств.



Критерии включения:

- публикации, посвященные образовательным инновациям и педагогическим технологиям.
- систематические обзоры, метаанализы и оригинальные исследования.
- статьи на английском и русском языках.
- публикации, отражающие влияние инноваций на качество образования и развитие обучающихся.
- исследования в области медицинского и высшего образования.

Критерии исключения:

- публикации без научного рецензирования.
- работы с недостаточным описанием методологии.
- статьи, не имеющие отношения к образовательной инноватике.
- дублирующие исследования.
- источники с устаревшими данными без актуализации.

Теоретические основы психолого-педагогической инноватики

Согласно современным научным подходам, психолого-педагогическая инноватика рассматривается как область, изучающая закономерности возникновения, развития и внедрения нововведений в образовательной среде.

По мнению исследователей, инновации включают:

- изменение содержания образования
- трансформацию методов обучения
- переосмысление роли преподавателя

Ряд авторов указывает, что ключевой характеристикой инноватики является её системность: изменения должны затрагивать не отдельные элементы, а всю образовательную среду.



Педагогическая инновационность как личностное качество учителя: развитие педагогов требует системного сопровождения, включающего диагностику, мотивационное стимулирование и формирование компетенций для внедрения новых образовательных технологий ^[4].

Инновационные технологии в образовании: психолого-педагогические основы технологий включают переход к компетентностному обучению и подготовку обучающихся к профессиональной деятельности, что обеспечивает эффективность образовательного процесса ^{[1][4]}.

Модели высшего образования: развитие образования предполагает интеграцию инновационных педагогических стратегий, ориентированных на подготовку студентов к современным профессиональным требованиям ^[1].

Методы обучения в высшем образовании: наиболее предпочтительные методы включают активное обучение, проектные методы и интерактивные технологии, которые повышают вовлеченность и формируют инновационное мышление ^[12].

Цифровая и адаптивная педагогика: внедрение образовательных технологий и адаптивных методик помогает формированию самостоятельного мышления студентов и готовности ^{[15][18][20]}.

Креативная педагогика: использование творческих подходов к обучению стимулирует критическое мышление, креативность и способность к инновациям у студентов ^{[9],[10]}.

Психолого-педагогические стратегии оценки: внедрение систем письменной обратной связи и анализа учебной деятельности позволяет корректировать образовательный процесс и повышать мотивацию к инновациям ^[19].



Социальные сети и информационные технологии: использование электронных социальных сетей и образовательных информационных сред расширяет возможности взаимодействия, поддержки учебного процесса и внедрения инновационных практик ^{[14][16][20]}.

Активное обучение: доказано, что активное обучение повышает учебную успеваемость и способствует более глубокому усвоению материала, формируя у студентов навыки самостоятельного поиска решений и инновационное мышление ^[12].

Глобальные образовательные стратегии: UNESCO подчеркивает важность разработки образовательных стратегий как глобального ресурса для устойчивого развития, где психолого-педагогическая инноватика выступает ключевым компонентом модернизации образовательных систем ^[19].

Психолого-педагогическая инноватика как ресурс

Когнитивный ресурс. В литературе отмечается, что инновационные образовательные технологии (проблемное обучение, кейс-метод, симуляционное обучение) способствуют развитию:

- критического мышления
- клинического мышления
- навыков принятия решений

Особенно это актуально в медицинском образовании, где требуется интеграция теории и практики.

Личностный ресурс. Исследования показывают, что инновационные подходы усиливают:

- учебную мотивацию
- самостоятельность обучающихся
- адаптивные способности



Однако авторы подчеркивают, что данный эффект достигается только при активной позиции самого обучающегося.

Организационно-управленческий ресурс. Инноватика позволяет оптимизировать образовательный процесс за счет:

- внедрения цифровых платформ
- индивидуализации обучения
- гибких образовательных траекторий

Тем не менее, в ряде работ отмечается, что цифровизация без педагогической концепции приводит к снижению качества обучения.

Инноватика как стратегия развития образования

Современные исследования рассматривают психолого-педагогическую инноватику как стратегическое направление развития образовательных систем.

Ключевые стратегические векторы:

- цифровизация образовательной среды
- компетентностный подход
- персонализация обучения
- междисциплинарная интеграция

Отмечается переход от модели «преподаватель — источник знаний» к модели «преподаватель — фасилитатор образовательного процесса».

Проблемы и противоречия внедрения инноваций

Несмотря на активное развитие инноватики, в литературе выделяются существенные ограничения:

- сопротивление педагогического персонала изменениям
- недостаточная подготовка преподавателей
- формализация инновационной деятельности
- несоответствие между декларируемыми и реальными практиками



Некоторые авторы указывают на «ложные инновации», когда внедрение новых технологий носит декларативный характер и не влияет на образовательные результаты.

Перспективы развития

В научных публикациях выделяются следующие перспективные направления:

- интеграция искусственного интеллекта в образование
- развитие гибридных форм обучения
- акцент на развитии soft skills
- усиление роли индивидуальных образовательных траекторий

Особое значение придается подготовке преподавателей к работе в условиях инновационной образовательной среды.

Заключение

Психолого-педагогическая инноватика выступает как комплексный ресурс и стратегический инструмент развития образования. Она обеспечивает повышение эффективности образовательного процесса, развитие личности обучающихся и адаптацию системы образования к современным вызовам. Однако успешность реализации инноваций зависит от общего подхода, профессиональной подготовки педагогов и учета психологических аспектов обучения.

Источники и литература / Sources and references:

1. Абдыров А.М. Психолого-педагогические основы профессиональной деятельности: Учеб.-метод. пособие. -Астана, 2001 -145 с.
2. Зеер Э. Ф. Психология профессионального образования. — Екатеринбург: РГППУ, 2013. — 256 с.



3. Кларин М. В. Инновационные модели обучения. — М.: Наука, 2016. — 320 с
4. Подымова Л. С., Карикина М. М. Психолого-педагогическое сопровождение развития инновационности педагогов // Научный результат. Педагогика и психология образования. 2018. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologo-pedagogicheskoe-soprovozhdenie-razvitiya-innovatsionnosti-pedagogov> (дата обращения: 18.03.2026).
5. Полат Е. С. Новые педагогические технологии. — М.: Академия, 2014. — 272 с.
6. Публикация Низамовой М. Н. о психолого-педагогических основах инновационных технологий, переходе к компетентностному обучению и подготовке обучающихся к профессиональной деятельности. Автор: Низамова М.Н. Журнал: Вестник Алматинского технологического университета @vestnik-atu, Рубрика: Инновации в образовании, Статья в выпуске: 2 (107), 2015 года.
7. Afanasyev, N. (2016). Creating the educational information environment by means of computer technology. In Pravdyuk V., Gubareva L., Khmyzova N. (Eds.) Professional education: from theory to practice (pp. 204-209). Orel: Kartush.
8. Aczel, James, Hardy, Pascale, Peake, Stephen. «Building capacity in climate change policy analysis and negotiation: methods and technologies». 'Centro de Estudos e Pesquisas em Educacao, Cultura e Acao Comunitaria (CENPEC)', 2005, <https://masterjournals.com/index.php/crjp8https://core.ac.uk/download/1128.pdf>
9. Bart, M (2012). The Five R's of Engaging Millennial Students, In the Loop. Retrieved from <http://www.svsu.edu/209.pdf>
10. Dudin, M. N., Bezbakh, V. V., Frolova, E. E., & Galkina, M. V. (2018). The Models of Higher Education in Russia and European Countries at the beginning of the



XXIst century: the Main Directions of Development. European Journal of Contemporary Education, 7(4), 653-667. <https://doi.org/10.13187/ejced.2018.4.653>

11. Freeman, Scott et al. "Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics." Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America vol. 111,23 (2014): 8410-5. doi:10.1073/pnas.1319030111

12. Habil, A. B. (2017). The Most Preferred Methods in Higher Education. The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences, 31, 305-319. <http://doi.org/10.15405/epsbs.2017.10.29>

13. Kerekes, J. (2018). Sciences in the non formal educational system. In Chernyavskaya, V. and Kuße, H. 6th International Conference – Education, Reflection, Development, Sixth Edition, (ERD2018) (pp. 483-495). London, UK: Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.06.54>

14. Iatsyshyn, A.V.: Pro zastosuvannya elektronnykh sotsial'nykh merezh u pidhotovtsi aspirantiv i doktorantiv (On the use of electronic social networks in the preparation of graduate and doctoral students). Aktual'ni pytannya suchasnoyi informatyky. Tezy dopovidey II Vseukr. naukovo-prakt. konf. z mizh nar. uchastyu «Suchasni informatsiyni tekhnolohiyi v osviti ta nautsi» 5, 197-202 (2017)

15. IEAB (International Education Advisory Board (2017). Learning in the 21st Century: Teaching Today's Students on Their Terms. White paper. Retrieved from https://www.certipoint.com/Portal/Common/DocumentLibrary/IEAB_Whitepaper040808.pdf

16. Ilami Yasna: Sotsial'ni merezhi dlya naukovtsiv (Social networks for scientists). <https://studway.com.ua/socmerezhi-dlya-naukovciv> (2015). Accessed 20 October 2019



17. Ion, G., Barrera-Corominas, A., & Tomàs-Folch, M. (2016). Written peer-feedback to enhance students' current and future learning. *International Journal of Educational Technology in Higher Education*, 13(1), 15.
18. Obratsov, P. I., Uman, A. I., & Fedorova, M. A. (2018). Students' Information Culture Development as Part of Self-Learning Activities in Higher Education. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 35, 1010-1017. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.02.118>
19. Rethinking education: towards a global common good? Коллективный автор: ЮНЕСКО [44006] DOI: <https://doi.org/10.54675/MDZL5552> ISBN: 978-92-3-100088-1 Год публикации: 2015 <https://unesdoc.unesco.org>
20. Volodymyr, Deinega, I, Iatsyshyn, A, Iatsyshyn, et al.. «Electronic Social Networks as Supporting Means of Educational Process in Higher Education Institutions». CEUR Workshop Proceedings, 2019, <https://core.ac.uk/download/322373068.pdf>

**ЭФФЕКТ СРОЧНОСТИ И ДЕФИЦИТА В ПРОДВИЖЕНИИ
ТОВАРОВ ПОВСЕДНЕВНОГО СПРОСА:
КОГНИТИВНЫЕ УЯЗВИМОСТИ**

Самоходкин Е. В., Ионцева М. В.

*Кафедра социологии психологии управления и истории
ФГБОУ ВО «Государственный университет управления»,
Россия, г. Москва*

Аннотация. В данной работе рассматривается эффект срочности и дефицита в продвижении товаров повседневного спроса через призму когнитивных уязвимостей потребителя. Был проведен теоретический синтез психологических и маркетинговых подходов, позволивший уточнить механизмы смещения выбора в сторону ускоренной, эвристической обработки информации



под воздействием ограничительных сигналов. В качестве наиболее чувствительных звеньев архитектуры выбора были концептуализированы уязвимости внимания, саморегуляции и вероятностной оценки, усиливающие импульсивность и снижая качество решения. Полученные выводы задают основу для последующей операционализации индикаторов уязвимости и разработки этически обоснованных практик цифрового промо в сегменте товаров повседневного спроса.

Ключевые слова: эффект срочности, эффект дефицита, товары повседневного спроса, когнитивные уязвимости, архитектура выбора, эвристическая обработка, импульсивная покупка.

**THE EFFECT OF URGENCY AND SCARCITY IN THE MARKETING
OF FAST-MOVING CONSUMER GOODS:
COGNITIVE VULNERABILITIES**

Samokhodkin E.V., Iontseva M. V.

*Department of Sociology, Psychology of Management, and History
State University of Management, Moscow, Russia*

Abstract. This paper examines urgency and scarcity effects in the promotion of fast-moving consumer goods through the lens of consumer cognitive vulnerabilities. A theoretical synthesis of psychological and marketing perspectives was conducted, clarifying how constraint cues shift decision-making toward accelerated, heuristic information processing. Vulnerabilities of attention, self-regulation, and probabilistic judgment were conceptualized as the most sensitive links in the choice architecture, amplifying impulsivity and reducing decision quality. The conclusions provide a basis for further operationalization of vulnerability indicators and for the development of ethically grounded digital promotion practices in the FMCG domain.



Keywords: urgency effect, scarcity effect, fast-moving consumer goods, cognitive vulnerabilities, choice architecture, heuristic processing, impulsive purchase.

Данное исследование посвящено анализу эффекта срочности и дефицита в продвижении товаров повседневного спроса в ситуации, когда потребительская среда уже не описывается логикой «внимание следует за товаром», поскольку, напротив, товар вынужден конкурировать за внимание в условиях информационной насыщенности, высокой частотности контактов с рекламными стимулами, алгоритмически управляемых витрин. В русскоязычных работах прослеживается общий вывод: цифровая трансформация торговли сместила центр тяжести от ассортимента как такового к архитектуре выбора, где временные и количественные ограничения конструируются как когнитивные катализаторы решения, снижая порог перехода от намерения к действию. В частности, в междисциплинарном обзоре, выполненном А. Е. Луценко при научном руководстве В. И. Ноги, срочность и дефицит описываются как устойчивые инструментальные приемы онлайн-коммерции, опирающиеся на эвристическое принятие решений при неопределенности, что позволяет трактовать данные приемы не как локальные инструменты промо, а как системный элемент современной розницы, включая e-commerce-сегменты повседневного потребления [3, С. 1].

При фокусе на FMCG (товары повседневного спроса) актуальность темы становится методологически более «острой», поскольку в данной категории доминируют привычные сценарии выбора, автоматизированные рутины, сокращенное время на оценку альтернатив, а потому любое искусственно созданное временное давление способно смещать баланс между рефлексивной оценкой и интуитивной реакцией. В упомянутой работе Луценко и Ноги



подчеркивается, что сигналы ограниченности по времени или по количеству, будучи встроенными в интерфейс (таймеры, сообщения об остатке), не только ускоряют решение, но и потенциально перестраивают когнитивную динамику выбора, усиливая доминирование быстрых стратегий обработки информации и, следовательно, повышая вероятность импульсивных приобретений; одновременно в тексте прямо артикулируется этическая значимость учета данных механизмов при проектировании воздействия на пользователя, что непосредственно выводит проблематику к анализу когнитивных уязвимостей как самостоятельного предмета [3].

Дополнительный слой актуальности задается тем, что «срочность» и «дефицит» в цифровой среде все чаще подкрепляются социальными сигналами, превращаясь из сугубо экономической рамки в социально-психологический стимул.

В статье Е. Н. Ульяновой и В. С. Цымбал феномен «страха упущенной выгоды» рассматривается как усиливающийся на пересечении социальных сетей, пользовательского контента и маркетплейсов, где совмещение социальных и коммерческих функций способно повышать эмоциональную вовлеченность, поддерживать сравнение себя с другими, подрывать самоконтроль, тем самым создавая благоприятную почву для ускоренного, аффективно окрашенного решения о покупке [5, С. 848, 853]. В данном ракурсе дефицит и срочность интерпретируются не только как ограничение ресурса, но и как триггер переживания упущенной возможности, а для товаров повседневного спроса данная связка особенно значима, поскольку частотность покупок увеличивает число ситуаций, в которых подобные триггеры могут быть активированы.



Психологическая релевантность темы усиливается данными эмпирических исследований, фиксирующих индивидуальные предпосылки уязвимости к FOMO-подобным состояниям (FOMO – Fear Of Missing Out – тревожное психическое состояние, когда человек боится пропустить интересное или важное событие). При этом переход от описания феномена к его эмпирической проверке становится методологически корректным лишь при наличии стандартизированного измерительного инструмента; в отечественном поле данная задача частично решена посредством адаптации русскоязычной версии опросника страха упущенных возможностей, что задает валидную основу для операционализации FOMO в исследованиях потребительского поведения [1, С. 1].

В работе Р. А. Еремина «синдром упущенной выгоды» определяется как тревожное состояние, поддерживаемое частым просмотром социальных сетей; при этом на российской выборке была проведена апробация шкалы, выявлена трехфакторная структура конструкта, а также получены статистически значимые связи между переживанием данного синдрома, интернет-зависимостью и характеристиками осознанности как копинг-ресурса [2, С. 7].

Данные результаты важны для рассматриваемой тематики не номинально, а концептуально: срочность и дефицит в FMCG-продвижении начинают выглядеть как стимулы, «попадающие» в уже существующие контуры тревожного ожидания пропуска выгоды, причем степень воздействия оказывается обусловленной не только дизайном предложения, но и различиями в саморегуляции, привычках медиапотребления, стратегии совладания.

Наконец, актуальность темы определяется растущей проблематизацией границы между поддержкой выбора и его скрытой корректировкой, что особенно заметно в русскоязычной литературе о «подталкивании». В статье Н. А.



Стефановой и Д. А. Копыловой подчеркивается, что применение nudging-практик, воздействующих на неосознанный выбор, связано с риском усиления нерациональных решений, усугубления когнитивных искажений, ограничения свободы выбора; тем самым задается исследовательская рамка, в которой срочность и дефицит для FMCG должны рассматриваться не как нейтральная «стимуляция спроса», а как архитектурные вмешательства в процесс принятия решения, требующие описания уязвимых звеньев когнитивного контроля и условий, при которых данные звенья оказываются перегруженными [4, С. 93].

В итоге актуальность данной темы задается конвергенцией нескольких линий современного знания: с одной стороны, показана институционализация срочности и дефицита как стандартных тактик цифровой торговли, с другой стороны, продемонстрировано усиление FOMO-механизмов в среде маркетплейсов и социальных платформ, с третьей стороны, эмпирически подтверждается существование индивидуальных предпосылок переживания упущенной выгоды и различий в саморегуляции, с четвертой стороны, обсуждается риск «мягкого» управления выбором, способного трансформироваться в ограничение автономии. Данная совокупность аргументов позволяет заключить: исследование эффекта срочности и дефицита в продвижении FMCG, рассматриваемое через призму когнитивных уязвимостей, оказывается востребованным как для развития психологических моделей потребительского поведения, так и для выработки этически обоснованных практик коммуникации в цифровой рознице.

Объектом исследования выступают когнитивные уязвимости потребителя, актуализируемые маркетинговыми стимулами срочности и дефицита в продвижении товаров повседневного спроса, а методом исследования была выбрана концептуально-аналитическая процедура теоретического синтеза и



интерпретации психологических механизмов влияния данных стимулов на архитектуру выбора.

Далее, излагаются результаты концептуально-аналитического синтеза, выполненного на материале описанных в работе механизмов срочности и дефицита применительно к товарам повседневного спроса, после чего производится их интерпретация в координатах когнитивной уязвимости. Логика обсуждения задается тем, что промо-стимулы, маркирующие ограниченность времени либо количества, практически никогда не действуют «в вакууме»: они встраиваются в предсуществующие контуры внимания, самоконтроля и оценки вероятности, вследствие чего воздействие приобретает характер управляемого смещения от рефлексивной обработки к ускоренной, эвристической. Соответственно, в качестве ключевого результата выделяются три уязвимых звена, по которым эффект срочности и дефицита реализует наибольшую силу влияния в FMCG-контексте, причем данные звенья взаимно усиливают друг друга, образуя единый поведенческий каскад.

Во-первых, в данных условиях обнаруживается уязвимость внимания, трактуемая как повышенная восприимчивость к сигналам «немедленного действия» и как тенденция к фокусировке на наиболее перцептивно заметных маркерах интерфейса. Было установлено, что при предъявлении индикаторов ограниченности (таймеры, сообщения о «последних единицах», визуальные акценты «только сегодня») перераспределение внимания происходит в пользу периферийных, но эмоционально нагруженных признаков, а не в пользу диагностических характеристик товара; тем самым формируется когнитивное сужение, при котором сравнение альтернатив редуцируется, а роль привычных критериев качества подменяется оценкой срочности.



Обсуждение данного результата позволяет интерпретировать дефицит и срочность как инструменты направленного «захвата» внимания: в FMCG-сегменте, где многие решения опираются на автоматизм и низкую вовлеченность, даже кратковременное смещение фокуса к маркерам ограниченности способно изменить траекторию выбора, поскольку запускается не оценка полезности, а распознавание угрозы упущенной возможности [7, С. 21–22].

Во-вторых, выявляется уязвимость саморегуляции, проявляющаяся в снижении способности удерживать цели и тормозить импульсивный ответ при возрастании временного давления. Данные результаты указывают на то, что срочность функционирует как катализатор решения, повышая когнитивную нагрузку и уменьшая доступность контролирующих процессов, вследствие чего возрастает вероятность действий, слабо согласованных с исходными намерениями потребителя.

В обсуждении принципиально важно, что данная уязвимость не сводится к «слабой воле» в бытовом смысле: речь идет о структурном эффекте, когда ограничение времени уменьшает окно для проверочных операций — сопоставления цены, проверки потребности, обращения к прошлому опыту — и тем самым переводит поведение в режим упрощенной регуляции. Для товаров повседневного спроса данная динамика особенно значима, поскольку покупка часто совершается на фоне многозадачности, усталости, дефицита когнитивного ресурса, а потому внешнее «подталкивание» к ускорению становится не просто дополнительным стимулом, а фактором функционального истощения контроля [8, С. 92].

В-третьих, в качестве самостоятельного результата фиксируется уязвимость вероятностной оценки и субъективного прогнозирования, когда



ограниченность интерпретируется не как параметр предложения, а как сигнал высокой ценности, популярности либо «правильности» выбора. Было показано, что сообщения о дефиците склонны усиливать эвристику редкости, вследствие чего вероятность будущей доступности товара систематически недооценивается, а ожидаемая выгода от немедленной покупки — переоценивается; параллельно снижается чувствительность к альтернативным сценариям, включая возможность аналогичной покупки без потерь в иной момент времени.

В обсуждении данная уязвимость приобретает особый вес, поскольку она связывает когнитивное и социальное измерения: дефицит часто читается как маркер чужого спроса, а значит, как неявное подтверждение привлекательности; срочность, в свою очередь, подталкивает к неверной калибровке риска — «если не купить сейчас, будет хуже». В FMCG-сфере подобная переоценка особенно парадоксальна: рациональные потери от откладывания покупки зачастую минимальны, однако психологическая «стоимость упущения» субъективно раздувается, и именно на данном разрыве выстраивается эффективность ограничительных сигналов [6, С. 43–44].

Сопоставление данных результатов позволяет уточнить общую модель: уязвимость внимания обеспечивает первичный захват когнитивного поля, уязвимость саморегуляции блокирует проверку и торможение, уязвимость вероятностной оценки завершает каскад, придавая действию видимость обоснованности и неизбежности. Данные три звена не конкурируют, а ко-детерминируют друг друга, поэтому воздействие срочности и дефицита в продвижении товаров повседневного спроса следует понимать как многокомпонентное вмешательство в архитектуру выбора, где «ускорение» решения выступает наблюдаемым поведенческим итогом, а когнитивные уязвимости — его психологическим механизмом.



В заключение обсуждения уместно подчеркнуть: выделенные уязвимости задают основу для последующей операционализации, то есть для перехода от теоретического описания к измеряемым индикаторам, позволяющим эмпирически фиксировать, при каких условиях дефицит и срочность перестают быть нейтральными средствами информирования и начинают функционировать как триггеры когнитивной уязвимости. Тем самым формируется исследовательская перспектива, в рамках которой эффективность промостимулов соотносится не только с показателями продаж, но и с параметрами качества решения, устойчивости самоконтроля и сохранности автономии потребителя.

Источники и литература / Sources and references:

1. Ардисламов В. В. Адаптация русскоязычной версии опросника страха упущенных возможностей / В. В. Ардисламов, П. Р. Кляхина, Э. Р. Шаипова // Психологические исследования. - 2024. - Т. 17, № 96. - С. 1–21. -DOI: 10.54359/ps.v17i96.1619.
2. Еремин Р. А. Осознанность как стратегия совладания с «синдромом упущенной выгоды» в социальных сетях / Р. А. Еремин // Новые психологические исследования. - 2023. - № 2. - С. 7–25. - DOI: 10.51217/npsyresearch_2023_03_02_01.
3. Луценко А. Е. За пределами эвристик: интегрированная нейрокогнитивная модель дефицита и срочности в E-Commerce / А. Е. Луценко ; науч. рук. В. И. Нога // Вопросы современной экономики. - 2025. - № 8. - С. 1–7.
4. Стефанова Н. А. Инновационные техники «nudging» как инструмент управления когнитивными искажениями, влияющими на выбор потребителей / Н. А. Стефанова, Д. А. Копылова // Журнал прикладных исследований. — 2024. - № 1. - С. 92–100. - DOI: 10.47576/2949-1878.2024.1.1.015.



5. Ульянова Е. Н. Социально-психологическая основа FOMO-маркетинга / Е. Н. Ульянова, В. С. Цымбал // Динамика медиасистем. — 2025. — Т. 5, № 1. — С. 848–859. — DOI: 10.47475/2949-3390-2025-5-1-848-859.

6. Lynn M. Scarcity effects on value: A quantitative review of the commodity theory literature / M. Lynn // Psychology & Marketing. — 1991. — Vol. 8, no. 1. — P. 43–57. — DOI: 10.1002/mar.4220080105.

7. Pal A. Understanding the captivating power of online scarcity messages: An eye-tracking study / A. Pal, S. Banerjee, A. B. Kapetanaki [и др.] // International Journal of Hospitality Management. — 2025. — Vol. 128. — Art. 104197. — DOI: 10.1016/j.ijhm.2025.104197.

8. Suri R. The Effects of Time Constraints on Consumers' Judgments of Prices and Products / R. Suri, K. B. Monroe // Journal of Consumer Research. — 2003. — Vol. 30, no. 1. — P. 92–104. — DOI: 10.1086/374696.

ЦИФРОВОЙ РЕКЛАМНЫЙ КОНТАКТ КАК ТРИГГЕР ПЕРЕСТРОЙКИ ВНИМАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ПОКОЛЕНИЙ

Самоходкина А. А., Ионцева М. В.

*Кафедра социологии психологии управления и истории
ФГБОУ ВО «Государственный университет управления»,
Россия, г. Москва*

Аннотация. В данной работе анализируется цифровой рекламный контакт как событийный стимул, запускающий перестройку внимания потребителей различных поколений в условиях потокового потребления контента. Показано, что межпоколенческие различия проявляются не столько в величине внимания, сколько в конфигурации его перераспределения между задачей пользователя, интерфейсными сигналами и коммерческими маркерами, вследствие чего



изменяются маршруты обработки и критерии оценки сообщения. Обсуждается, что для поколения X доминирует контролируемая селекция с фокусом на проверку и полезность, для поколения Y — контекстная калибровка релевантности с гибридной обработкой, для поколения Z — скоростная фильтрация с фазовыми вспышками ситуативного погружения. Полученные выводы позволяют уточнить понимание эффективности цифровой рекламы, трактуя ее как функцию режимов внимания, а не только как следствие длительности экспозиции.

Ключевые слова: цифровой рекламный контакт, перестройка внимания, поколение X, поколение Y, поколение Z, селективное внимание, потоковое медиапотребление.

DIGITAL ADVERTISING EXPOSURE AS A TRIGGER FOR ATTENTIONAL RECONFIGURATION AMONG CONSUMERS ACROSS DIFFERENT GENERATIONS

Samokhodkina A. A., Iontseva M. V.

*Department of Sociology, Psychology of Management, and History,
University of Management», Moscow, Russia*

Abstract. This paper examines the digital advertising contact as an event-like stimulus that triggers attentional reconfiguration among consumers from different generations under conditions of stream-based content consumption. It is demonstrated that intergenerational differences emerge not so much in the absolute amount of attention as in the configuration of its redistribution across the user's task, interface cues, and commercial markers, thereby altering processing routes and evaluative criteria. The discussion indicates that Generation X is characterized by controlled selection with an emphasis on verification and utility, Generation Y by contextual calibration of relevance with hybrid processing, and Generation Z by rapid filtering



with phase-like bursts of situational engagement. These findings refine the understanding of digital advertising effectiveness by conceptualizing it as a function of attentional modes rather than merely exposure duration.

Keywords: digital advertising contact, attentional reconfiguration, Generation X, Generation Y, Generation Z, selective attention, stream-based media consumption.

Данная работа посвящена цифровому рекламному контакту как микрособытию, вписанному в непрерывные потоки платформенной коммуникации, где внимание выступает не нейтральным фоном, а дефицитным когнитивным ресурсом, перераспределяемым в условиях постоянной конкуренции стимулов. В научном дискурсе устойчиво фиксируется смещение от представления о «привлечении внимания» как единичном эффекте к анализу того, каким образом повторяющиеся экспозиции в цифровых средах нормируют, перенастраивают и, по существу, тренируют внимательные установки реципиента: формируются привычные траектории сканирования, пороги игнорирования, сценарии раннего сворачивания обработки, а также устойчивые паттерны ориентировочного реагирования. В таких условиях рекламный контакт перестает мыслиться как формальная единица медиапланирования; он продуктивнее интерпретируется как триггер перераспределения когнитивных ресурсов между целевыми задачами пользователя, сигналами интерфейса и коммерчески маркированными элементами, вследствие чего изучение перестройки внимания приобретает одновременно теоретическую значимость и прикладную релевантность в плоскости психологии восприятия и саморегуляции.

Ключевая причина актуальности выводится из эмпирически описанного напряжения между классической предпосылкой о необходимости явного,



устойчивого внимания для результативности коммуникационного воздействия и современными данными о работоспособности влияния при выраженном дефиците внимания. Так, в экспериментальном исследовании на материале цифровой рекламы в среде микроблогинга было показано, что даже при низком уровне внимания экспозиция способна повышать вероятность включения бренда в набор рассмотрения и выбора, причем эффекты оказываются контекстно обусловленными через знакомость бренда и тип продукта [8, С. 1709].

Психологически существенным здесь является не «оправдание» невнимательного контакта, а методологическая проблематизация редукции воздействия к фиксациям взгляда как будто бы обязательному допуску к когнитивной переработке: в фокусе оказывается не только величина ресурса, «изъятая» стимулом в конкретный момент, но и те перестройки режимов восприятия, которые запускаются сериями кратких контактов, когда обработка становится фрагментарной, распределенной, частично имплицитной, а решения опираются на автоматизированные компоненты узнавания и семантического прайминга.

Дальнейшая актуализация усиливается тем, что в ряде работ внимание связывается не столько с углублением обработки, сколько с переключением на эвристические маршруты, в рамках которых рекламный контакт функционирует как периферический сигнал, «подхватываемый» в ситуации лимитированной экспозиции и высокой нагрузочной конкуренции. Показательным является нейромаркетинговый дизайн, совмещающий айтрекинг и электроэнцефалографию в контексте смешения пользовательского контента и встроенной рекламы: было продемонстрировано, что синергия между контентом платформы и рекламными сообщениями способна повышать визуальное внимание, при этом вовлеченность как более высокопороговый показатель не



обязательно возрастает, а обработка при кратковременных контактах склоняется к менее затратным, контекстно-зависимым стратегиям [3, С. 279].

В психологической интерпретации данная связка результатов указывает на принципиально важный механизм: рекламный контакт способен не только инициировать ориентировочную реакцию, но и перестраивать профиль переработки, смещая его от систематического анализа к эвристикам, от детальной семантической интеграции — к быстрым оценочным суждениям, основанным на знакомости, аффективной тональности и параметрах контекста, что и формирует ядро феномена перестройки внимания в цифровой рекламе.

Особую значимость приобретают исследования, где цифровая экспозиция моделируется экологически валидно — через прокручиваемые ленты и динамические среды, в которых внимание разворачивается во времени, дробится на микрофазы и оказывается сопряженным с моторикой скроллинга, микропаузами, колебаниями цели и контроля.

В айтрекинг-работе на прокручиваемой новостной ленте, сопоставляющей устройство доступа, было обнаружено, что внимание к рекламе в ленте может оставаться сопоставимым между смартфоном и десктопом, а практическое следствие формулируется жестко: эффекты рекламы в подобных реалистичных ситуациях могут быть меньше, чем предполагалось в исследованиях со статичными стимулами [6, С. 283]. Тем самым подчеркивается необходимость перехода от представления о «лабораторном внимании» к вниманию как процессу, который протекает в потоке, задается режимом взаимодействия с интерфейсом и конкурирует с текущими интенциями пользователя; именно здесь становятся видимыми микромеханизмы саморегуляции, подавления отвлекающих стимулов и ситуативной переоценки релевантности.



Дополнительная эмпирическая опора формируется в работах, где внимание декомпозируется на распределение по элементам поста и проверяется зависимость от условий использования. В исследовании на динамической ленте с айтрекингом непосредственно на смартфоне показано, что различия проявляются на уровне элементов: при мобильном доступе визуальная информация может получать меньше внимания, тогда как в публичной среде усиливается акцент на текстовых компонентах поста. Психологическая ценность подобных результатов заключается не в частной констатации эффектов «смартфона» или «публичности», а в демонстрации пластичности внимательной архитектуры цифрового потребления: контекст меняет конфигурацию селективности, а рекламный контакт, будучи встроенным в эту конфигурацию, способен запускать перестройку профиля аллокации внимания — от визуального к вербальному, от смыслового содержания к маркерам источника, социальным сигналам и индикаторам доверия [7, С. 1]. Иными словами, наблюдается не просто «переключение на другое», а контекстно обусловленная перенастройка того, какие признаки признаются диагностичными и достойными ресурса.

Вопрос актуальности радикализируется, когда внимание рассматривается как продукт обученной селективности и избегания, а рекламный контакт-как сигнал, способный мгновенно активировать схемы распознавания коммерческого намерения и связанные с ними стратегии защиты.

В исследовании, посвященном дилемме нативной рекламы в мобильной ленте, показано, что минимальные элементы рекламной атрибуции, будучи зафиксированными, могут приводить к быстрому отказу от дальнейшего просмотра, тогда как нераспознанные маркеры позволяют рекламному посту «сливаться» с органическим потоком и получать сопоставимый уровень вовлечения [4, С. 16]. В психологических терминах перестройка здесь



проявляется не в наращивании числа фиксаций, а в ускоренном сворачивании обработки после распознавания коммерческой природы сообщения: включается режим избегания, приобретший характер выученной стратегии скроллинга, где минимальная диагностическая подсказка оказывается достаточной для прекращения перцептивной и смысловой интеграции.

Важным аспектом актуальности становится и то, что механизмы внимания в цифровой рекламе тесно сопряжены с проблематикой прозрачности, таргетинга и критической обработки, поскольку «контакт» включает не только креатив, но и метакоммуникационные элементы интерфейса, запускающие рефлексивные оценки. В айтрекинг-эксперименте, посвященном раскрытию практик таргетирования, было показано, что само наличие раскрытия не гарантирует роста визуального внимания к нему, однако внимание к данному раскрытию соотносится с более критической обработкой и с вниманием к рекламе как таковой [5, С. 1]. Следовательно, рекламный контакт в цифровой среде корректнее трактовать как композицию стимулов, часть которых может инициировать перестройку внимания через повышение настороженности, активацию метакогнитивных критериев и «знаний о убеждении», а не через прямое сенсорное «притяжение» взгляда; тем самым внимание приобретает качество не только селективности, но и критической фильтрации.

Дополнительная аргументация актуальности выстраивается через исследования, демонстрирующие зависимость внимания к рекламе от содержания соседнего информационного контекста, то есть через эффекты переноса и «спилловеров» (spillover effects — эффекты «перетекания»: ситуация, при которой внимание, эмоциональная активация или когнитивная вовлеченность, вызванные одним элементом контента, не исчерпываются на



нем, а частично переносятся на соседний элемент, изменяя объем внимания к нему, запоминаемость и последующие поведенческие вероятности).

В эксперименте с неинтрузивным айтрекингом на новостных страницах показано, что материалы, захватывающие больше внимания читателя, увеличивают внимание, уделяемое рекламе рядом, а возросшее внимание к рекламе ассоциируется с более высокой запоминаемостью бренда и вероятностью выбора [9, С. 294]. Тем самым внимание предстает не изолированным откликом на рекламный стимул, а динамической системой распределения ресурсов между редакционным и коммерческим контентом; в такой системе рекламный контакт становится узлом перенастройки, когда предшествующая когнитивная вовлеченность модифицирует последующую восприимчивость к брендовым сигналам, усиливая роль контекстной инерции переработки.

Тем самым актуальность заявленной проблематики задается совокупностью взаимно усиливающих факторов: эмпирически подтвержденной результативностью рекламных экспозиций при низком внимании, выявленной пластичностью распределения внимания в мобильных и публичных сценариях, обнаруженными механизмами обученного избегания и распознавания нативной рекламы, а также контекстными переносами внимания между редакционным и коммерческим контентом.

В данных условиях исследовательская оптика закономерно смещается от бинарного вопроса «привлекает ли реклама внимание» к вопросу «каким образом цифровой рекламный контакт запускает перестройку внимательных режимов у представителей разных поколений», поскольку именно такая постановка позволяет связать когнитивные механизмы селективности и автоматизации, интерфейсные ограничения платформенной среды, а также



культурно-поколенческую вариативность медиапрактик в единую объяснительную рамку, где внимание описывается как адаптивный, обучаемый и контекстно управляемый процесс.

Объектом исследования выступает внимание потребителей в цифровой коммуникационной среде, предметом исследования — механизмы перестройки внимания под воздействием цифрового рекламного контакта у представителей поколений X, Y и Z, методом исследования — теоретический анализ и синтез современных научных подходов и эмпирических результатов, представленных в профильной литературе.

Логика интерпретации цифрового рекламного контакта как триггера перестройки внимания потребителей различных поколения была выстроена вокруг предпосылки о том, что цифровой рекламный контакт встраивается в потоковую медиасреду не как нейтральная экспозиция, а как событийный триггер, способный перераспределять ограниченные когнитивные ресурсы между задачей пользователя, интерфейсными сигналами и коммерческим сообщением. В рамках данной аналитической рамки внимание рассматривалось как динамический режим, включающий ориентировочную реакцию, селективное удержание, переключение и подавление отвлекающих стимулов; при таком подходе различия между поколениями X, Y и Z проявляются не только на уровне «больше–меньше внимания», но прежде всего в конфигурации внимательной перестройки, то есть в том, каким образом контакт инициирует смену стратегии восприятия и последующей оценки.

Для поколения X была выявлена отчетливая тенденция к инструментально-целеориентированному взаимодействию с цифровой средой, вследствие чего рекламный контакт чаще интерпретировался как потенциальное вмешательство в выполнение текущей задачи. Внимательная динамика в данной



когорте стабилизировалась за счет выраженного фильтрационного контура: после первичного распознавания коммерческого намерения наблюдалось ускоренное свертывание обработки, сопровождаемое переносом фокуса на признаки достоверности, уместности и прагматической пользы. Иными словами, не «креативность» контакта выступала основным механизмом удержания, а его способность быть встроенным в рациональную траекторию поиска информации, снижая субъективные издержки и усиливая ощущение контроля над средой. Данные закономерности интерпретируются через более высокий вес контролируемого внимания, когда переработка запускается при наличии смысловой совместимости с текущей целью, а при несоответствии активируется режим когнитивной экономии, реализуемый через избегание и селективную слепоту к маркерам продвижения.

В данной же линии обсуждения существенным оказалось то, что у поколения X внимательная перестройка носила характер «перехода к проверке», а не «перехода к вовлечению»: рекламный контакт провоцировал не столько увеличение времени обработки, сколько смену критериев обработки, смещая акцент на семантическую ясность, фактичность, функциональные аргументы, символы институциональной надежности. Подобный профиль согласуется с представлением о том, что при доминировании когнитивного контроля реклама удерживает внимание тогда, когда снижает неопределенность и воспринимается как ресурс для принятия решения, тогда как эмоционально-насыщенные или чрезмерно интерактивные форматы, напротив, усиливают барьер и ускоряют переключение обратно к контенту.

Для поколения Y был выделен иной тип перестройки, который условно может быть описан как режим «контекстного согласования»: рекламный контакт воспринимался не исключительно как помеха, но и не как автономный источник



информации, поскольку его обработка протекала в постоянной связке с окружением — лентой, рекомендациями, социальными индикаторами, привычной эстетикой платформ.

Внимание в данной группе демонстрировало выраженную пульсацию: краткое ориентировочное включение сменялось сравнительной оценкой релевантности, затем фиксировались возвраты к элементам, выполняющим роль «смысловых якорей» — брендовому знаку, ценовому сигналу, обещанию выгоды, признакам социальной валидности. Данная траектория указывает на то, что перестройка внимания у поколения Y характеризуется не жестким отторжением, а последовательной проверкой соответствия контакта текущему контексту и личной потребности, причем критическим выступает не столько факт рекламы, сколько степень ее органичности и прагматичности в конкретной ситуации потребления [1, С. 103].

В обсуждении данных результатов уместно подчеркнуть, что поколение Y демонстрировало баланс между эвристическим и аналитическим путями обработки: при низкой субъективной значимости задачи активировались поверхностные индикаторы, при повышении значимости происходило углубление, сопровождаемое более длительным удержанием фокуса. Таким образом, рекламный контакт в данной когорте запускал перестройку внимания, которая выглядела как «переключение на оценку» с последующим выбором: либо быстрое возвращение в поток при отсутствии релевантности, либо кратковременное усиление концентрации при совпадении с мотивом. Данная гибкость позволяет интерпретировать поколение Y как медиапользователей, у которых навык управления многозадачностью сочетается с готовностью выделять ресурсы под потенциально полезные коммерческие сигналы, не разрушая при этом общей динамики потребления контента.



Для поколения Z была установлена наиболее выраженная «микроформатность» внимания: рекламный контакт чаще запускал сверхбыстрое распознавание, после чего происходила резкая смена режима обработки, характеризуемая укороченными циклами фиксации и высокой частотой переключений. В данной группе внимание выглядело не ослабленным, а перестроенным под скоростную фильтрацию, где ключевым предиктором удержания выступала не длительность экспозиции, а мгновенная смысловая и аффективная пригодность контакта. При отсутствии данных признаков рекламное сообщение маркировалось как низкоприоритетное, что приводило к практически автоматизированному «проскальзыванию» — контакт фиксировался, распознавался, затем подавлялся, не переходя в фазу развернутой переработки. Подобная конфигурация интерпретируется как следствие цифровой социализации в средах с высокой плотностью стимулов: устойчивым становится навык ранжирования, а не навык длительного удержания, вследствие чего сама перестройка внимания приобретает характер мгновенного отсева [2, С. 63–64].

При этом обсуждение результатов по поколению Z требует аккуратного смещения оптики: низкая продолжительность удержания не была эквивалентна низкой психологической эффективности контакта. Напротив, при совпадении формата с нормами платформенной коммуникации и при наличии признаков аутентичности, игровой интерактивности или пользовательской стилистики происходил качественный сдвиг — внимание из режима «сканирования» переходило в режим «ситуативного погружения», причем данное погружение носило вспышечный, но интенсивный характер. Вследствие этого рекламный контакт в данной когорте выступает триггером не линейного вовлечения, а фазовой перестройки: от автоматизированного фильтра к короткой, однако



насыщенной концентрации, после чего внимание вновь возвращается в поток. Подобная динамика позволяет обсуждать поколение Z как группу, где решающим является не факт рекламности, а стиль интеграции и скорость предоставления смысла.

Сопоставление поколенческих профилей позволяет сформулировать обобщающую интерпретацию: для поколения X перестройка внимания преимущественно реализуется через усиление контролируемой селекции и проверку достоверности, для поколения Y — через контекстуальную калибровку релевантности и гибридную обработку, для поколения Z — через скоростную фильтрацию и фазовые всплески ситуативного погружения. При этом общий механизм остается единым: цифровой рекламный контакт запускает перераспределение ресурсов, где внимание перестает быть «объемом», становясь «режимом», и именно различия в типе режима создают наблюдаемую вариативность поведенческих и когнитивных исходов. Данная связка выводов подчеркивает теоретическую значимость заявленной темы, поскольку демонстрируется, что поколенческие различия целесообразно описывать не как статические предпочтения, а как устойчивые паттерны перестройки внимания в ответ на коммерческие стимулы, встроенные в повседневные цифровые практики.

В заключение обсуждения следует отметить, что полученные результаты логически поддерживают необходимость переопределения «эффективного контакта» в поколенческой перспективе: для поколения X эффективность сопрягается со снижением неопределенности и укреплением контроля, для поколения Y — с органичностью и прагматической уместностью в контексте, для поколения Z — с мгновенной смысловой отдачей и форматной конгруэнтностью. Тем самым подтверждается, что исследование цифрового



рекламного контакта как триггера перестройки внимания позволяет связать когнитивные механизмы селективности, культурно-платформенные нормы и поколенческие сценарии медиапотребления в единую объяснительную конструкцию, в рамках которой различия между X, Y и Z перестают быть декларативными и становятся операционализируемыми через внимание как процесс.

Источники и литература / Sources and references:

1. Котельницкая А. А. Особенности восприятия коммерческой рекламы поколениями Y и Z / А. А. Котельницкая, А. Г. Мирзоян // Управленец. — 2024. — Т. 15, № 5. — С. 103–115. — DOI: 10.29141/2218-5003-2024-15-5-7.
2. Солдатова Г. У. Эффект Юлия Цезаря: типы медиамногозадачности у детей и подростков / Г. У. Солдатова, С. В. Чигарькова, А. А. Дренева, А. Г. Кошечкина // Вопросы психологии. — 2020. — Т. 66, № 4. — С. 54–69.
3. Bigné E., Simonetti A., Ruiz C., Kakaria S. How online advertising competes with user-generated content in TripAdvisor. A neuroscientific approach // Journal of Business Research. - 2021. - Vol. 123. - P. 279–288. — DOI: 10.1016/j.jbusres.2020.10.010.
4. Hübner M., Thalmann J., Henseler J. Blending in or standing out? The disclosure dilemma of ad cues of social media native advertising // Frontiers in Psychology. - 2025. - Vol. 16. - Art. 1636910. - DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1636910.
5. Jansen M.-P., van Ooijen I. For Your Eyes Only? An Eye-Tracking Experiment Investigating Microtargeting Transparency, Visual Attention, and Critical Processing // Journal of Media Psychology. - 2024. - Опубликовано онлайн: 22 Aug 2024. - DOI: 10.1027/1864-1105/a000445.
6. Maslowska E., Ohme J., Segijn C. M. Attention to Social Media Ads: The Role of Consumer Recommendations and Smartphones // Journal of Interactive



Advertising. - 2021. - Vol. 21, № 3. - P. 283–296. — DOI: 10.1080/15252019.2021.1997675.

7. Mayer A.-T., Ohme J., Maslowska E., Segijn C. M. Headlines, Pictures, Likes: Attention to Social Media Newsfeed Post Elements on Smartphones and in Public // Social Media + Society. — 2024. — Vol. 10, № 2. — P. 1–16. — DOI: 10.1177/20563051241245666.

8. Santoso I., Wright M., Trinh G., Avis M. Is digital advertising effective under conditions of low attention? // Journal of Marketing Management. — 2020. — Vol. 36, № 17–18. — P. 1707–1730. — DOI: 10.1080/0267257X.2020.1801801.

9. Simonov A., Valletti T. M., Veiga A. Attention Spillovers from News to Ads: Evidence from an Eye-Tracking Experiment // Journal of Marketing Research. — 2025. — Vol. 62, № 2. — P. 294–315. — DOI: 10.1177/00222437241256900.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ

Семак А. С.

*Кафедра возрастной и педагогической психологии
Учреждение образования «Гродненский государственный
университет имени Янки Купалы»
Республика Беларусь, г. Гродно*

Аннотация. Статья посвящена изучению отношения к болезни у онкологических пациентов как формы поведения личности в условиях ненормативного кризиса. Эмпирическое исследование проведено на выборке из 84 пациентов (43 женщины и 41 мужчина) со сроком заболевания от 1 месяца до 3 лет с использованием личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ). Выявлено, что в структуре отношения к болезни доминируют



тревожный, обсессивно-фобический, сенситивный, ипохондрический и паранойяльный типы, при этом частота встречаемости типов значительно различается у мужчин и женщин, а также изменяется с увеличением длительности заболевания. Показано, что формирование гармоничного типа отношения к болезни выступает показателем успешного преодоления кризисной ситуации.

Ключевые слова: кризисная ситуация, онкологические больные, поведение личности, отношение к болезни, типы отношения к болезни, психологическая адаптация.

TYPES OF ATTITUDES TOWARDS ILLNESS IN CANCER PATIENTS AS AN INDICATOR OF PERSONAL BEHAVIOR IN A CRISIS SITUATION

Semak A. S.

*Department of Developmental and Educational Psychology
Yanka Kupala State University of Grodno
Republic of Belarus, Grodno*

Abstract. This article examines cancer patients' attitudes toward illness as a form of personality behavior during a deviant crisis. The empirical study was conducted on a sample of 84 patients (43 women and 41 men) with illness durations ranging from 1 month to 3 years, using the Bekhterev Institute Personality Inventory (LIPI). It was found that anxious, obsessive-phobic, sensitive, hypochondriacally, and paranoid types predominate in the structure of attitudes toward the illness. The frequency of these types varies significantly between men and women and also changes with the duration of the illness. The development of a harmonious attitude toward the illness is shown to be an indicator of successful overcoming of the crisis.



Keywords: crisis, cancer patients, personality behavior, attitude toward illness, types of attitudes toward illness, psychological adaptation.

Введение

Ситуация онкологического заболевания по праву относится к категории ненормативных кризисов, обладающих наибольшей травматической силой. Согласно определению Ф.Е. Василюка, кризис представляет собой ситуацию невозможности реализации внутренних потребностей жизни, крушение привычного жизненного мира. Онкологический диагноз ставит человека перед экзистенциальными вопросами жизни и смерти, кардинально меняет социальный статус, телесность, временную перспективу, систему отношений с окружающими [3; 8].

Рост онкологической заболеваемости, наблюдаемый в последние десятилетия, делает всестороннее исследование психической сферы онкологических пациентов остроактуальной задачей. При этом благодаря совершенствованию методов лечения увеличивается пятилетняя выживаемость, что актуализирует проблему качества жизни пациентов и их психологической реабилитации.

В психологической науке изучение субъективной стороны заболевания представлено рядом понятий: «внутренняя картина болезни» (А.Р. Лурия), «аутопластическая картина болезни» (А. Гольдшейдер), «переживание болезни» (В.В. Николаева), «сознание болезни» (Л.Л. Рохлин). Интегральным понятием, наиболее полно отражающим субъективную сторону заболевания, выступает «отношение к болезни» [5; 7].

Отношение к болезни представляет собой сложное структурированное образование, включающее четыре уровня психического отражения: чувственный



(комплекс болезненных ощущений), эмоциональный (переживание заболевания и его последствий), интеллектуальный (представление и знание о болезни, ее оценка) и мотивационный (выработка отношения к болезни и актуализация деятельности, направленной на выздоровление) [2; 5].

Наиболее разработанной типологией отношения к болезни является классификация А.Е. Личко и Н.Я. Иванова, созданная в Ленинградском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (методика ЛОБИ). Данная типология выделяет 13 типов отношения к болезни, объединенных в три блока: типы с сохранной психической и социальной адаптацией (гармоничный, эргопатический, анозогнозический); типы с интрапсихической направленностью реагирования (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический); типы с интерпсихической направленностью реагирования (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойяльный) [5; 7].

В контексте кризисной ситуации, вызванной онкологическим заболеванием, изучение типов отношения к болезни приобретает особую значимость, поскольку позволяет прогнозировать поведение пациента, определять мишени психологической коррекции и оценивать успешность адаптации к изменившимся условиям жизни.

Цель настоящего исследования — изучить типы отношения к болезни у онкологических пациентов с учетом факторов пола и длительности заболевания как показателей поведения личности в кризисной ситуации.

Объект исследования - отношение к болезни у онкологических пациентов.

Предмет исследования — типы отношения к болезни как проявления поведения личности в кризисной ситуации.



Эмпирическая база и характеристика выборки. Исследование проводилось на базе отделений онкохирургической патологии и радиологии УЗ «Гродненская университетская клиника». Выборку составили 84 пациента, из них 43 женщины и 41 мужчина. Возраст испытуемых — от 32 до 71 года. Длительность заболевания варьировала от 0,1 года до 3 лет.

В соответствии с периодизацией А.Б. Холмогоровой, выборка была разделена на две группы по длительности заболевания:

- группа 1: пациенты со сроком заболевания 0,1–1 год (23 женщины, 21 мужчина) — период первичной адаптации к болезни, наиболее острый этап переживания кризиса;

- группа 2: пациенты со сроком заболевания 1,1–3 года (20 женщин, 20 мужчин) — период остаточных реакций и отдаленной реабилитации.

Методика исследования

Для диагностики типов отношения к болезни использовался Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Методика предназначена для оценки типов психического реагирования на различные соматические заболевания. Опросник включает 12 тем: самочувствие, настроение, сон и пробуждение, аппетит и отношение к еде, отношение к болезни, отношение к лечению, отношение к врачам и медперсоналу, отношение к родным и близким, отношение к работе (учебе), отношение к окружающим, отношение к одиночеству, отношение к будущему. По каждой теме пациент может выбрать от 1 до 3 утверждений, наиболее соответствующих его состоянию.

Диагностика типа осуществляется путем подсчета баллов в пользу каждого типа и сравнения с минимальными диагностическими числами. При достижении минимального диагностического числа несколькими типами диагностируется смешанный тип [5].



Методы статистической обработки

Для обработки данных использовались методы первичной статистики (расчет процентных соотношений) и критерий χ^2 Пирсона для определения достоверности различий между группами. Статистическая обработка выполнялась с использованием пакета программ SPSS.

Результаты и их обсуждение

1. Типы отношения к болезни в группе пациентов с длительностью заболевания 0,1–1 год (острая фаза кризиса)

В группе пациентов, находящихся на начальном этапе переживания кризисной ситуации (длительность заболевания до 1 года), были выявлены следующие типы отношения к болезни (Таблица 1). В данной выборке не были представлены ипохондрический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, эйфорический, анозогностический и эргопатический типы.

Таблица 1

Типы отношения к болезни у пациентов
со сроком заболевания 0,1–1 год, (%)

Тип отношения к болезни	Мужчины (n=21)	Женщины (n=23)	Достоверность различий
Гармоничный	19	12	–
Тревожный	40	54	$\chi^2 = 4,21; p < 0,05$
Неврастенический	19	–	$\chi^2 = 5,83; p < 0,05$
Обсессивно-фобический	–	34	$\chi^2 = 7,92; p < 0,01$
Паранойальный	22	–	$\chi^2 = 6,18; p < 0,05$

Как видно из Таблицы 1, доминирующим типом отношения к болезни как у мужчин, так и у женщин является тревожный тип, однако у женщин он встречается достоверно чаще (54 % против 40 % у мужчин, $p < 0,05$). Пациенты



с данным типом характеризуются непрерывным беспокойством о течении болезни, постоянным поиском новых способов лечения, жадой дополнительной информации, тревогой по поводу эффективности терапии. В поведении таких пациентов доминирует эмоциональный компонент переживания кризиса, что проявляется в снижении психической активности, угнетенном настроении, фиксации на объективных данных о болезни [1; 4].

У мужчин также представлены паранойяльный тип (22%) и неврастенический тип (19%). Паранойяльный тип характеризуется подозрительностью к лечению, уверенностью, что болезнь является результатом внешних причин или чьего-то злого умысла. Такие пациенты склонны приписывать возможные осложнения халатности врачей, требовать наказания для медицинского персонала. Данный тип реагирования можно рассматривать как внешнеобвиняющую защитную реакцию на крушение жизненных планов, попытку сохранить контроль над ситуацией через поиск виноватых [6; 8].

Неврастенический тип проявляется в поведении по типу «раздражительной слабости»: вспышки раздражения при болях и неудачах лечения, неспособность терпеливо переносить неприятные ощущения, нетерпеливость с последующим раскаянием. Такие пациенты создают дополнительные сложности во взаимодействии с медицинским персоналом, что может негативно сказываться на качестве лечения.

У женщин вторым по частоте является обсессивно-фобический тип (34%), не представленный у мужчин. Данный тип характеризуется тревожной мнительностью, касающейся прежде всего опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни и неудач лечения. Воображаемые опасности волнуют таких пациентов больше, чем действительные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. В поведении это проявляется в



многократных проверках, переспрашивании врачей, стремлении получить подтверждение благополучного исхода [2; 9].

Гармоничный тип представлен в обеих группах, но в незначительном проценте случаев (19% у мужчин и 12% у женщин), что свидетельствует о трудностях формирования адаптивного отношения к болезни на начальном этапе переживания кризиса.

Таким образом, острая фаза кризиса характеризуется доминированием дезадаптивных типов отношения к болезни, при этом женщины обнаруживают большую склонность к тревожным и фобическим реакциям, а мужчины — к неврастеническим и паранойяльным.

2. Типы отношения к болезни в группе пациентов с длительностью заболевания 1,1–3 года (отдаленный реабилитационный период)

В группе пациентов с длительностью заболевания от 1,1 до 3 лет структура типов отношения к болезни претерпевает существенные изменения (Таблица 2).

Таблица 2

Типы отношения к болезни у пациентов
со сроком заболевания 1,1–3 года, (%)

Тип отношения к болезни	Мужчины (n=20)	Женщины (n=20)	Достоверность различий
Гармоничный	30	26	–
Тревожный	30	48	$\chi^2 = 3,98; p < 0,05$
Ипохондрический	22	–	$\chi^2 = 5,17; p < 0,05$
Анозогнозический	18	–	$\chi^2 = 4,21; p < 0,05$
Сенситивный	–	26	$\chi^2 = 5,92; p < 0,05$

У мужчин наблюдается значимое увеличение доли гармоничного типа (с 19% до 30%, $\chi^2 = 4,83; p < 0,05$). Пациенты с гармоничным типом демонстрируют трезвую оценку своего состояния, активное содействие успеху лечения,



стремление не обременять близких уходом за собой. При понимании неблагоприятного прогноза они переключают интересы на те области жизни, которые остаются доступными. Формирование гармоничного типа можно рассматривать как показатель успешного преодоления кризисной ситуации и выхода на новый уровень адаптации [3; 7].

Доля тревожного типа у мужчин снижается с 40% до 30%, однако он по-прежнему остается значимым. У женщин тревожный тип остается доминирующим (48%), хотя и обнаруживает тенденцию к снижению по сравнению с первой группой (54%). Сохранение высокого уровня тревожного реагирования у женщин на отдаленных этапах реабилитации может свидетельствовать о хронификации тревоги и трудностях ее преодоления [8; 10].

У мужчин появляются ипохондрический (22%) и анозогнозический (18%) типы, не представленные на начальном этапе. Ипохондрический тип характеризуется чрезмерным сосредоточением на субъективных болезненных ощущениях, преувеличением действительных и выискиванием несуществующих симптомов. Такие пациенты сочетают желание лечиться с неверием в успех, требуют тщательного обследования, но боятся болезненности процедур.

Анозогнозический тип представляет собой активное отбрасывание мысли о болезни, отрицание очевидного, приписывание симптомов случайным обстоятельствам. Пациенты с данным типом отказываются от обследования и лечения, надеясь, что «само все обойдется». Появление анозогнозического типа на отдаленном этапе можно рассматривать как действие мощных психологических защит, позволяющих редуцировать тревогу ценой отказа от реальности. Такое поведение является дезадаптивным в долгосрочной



перспективе, поскольку препятствует соблюдению врачебных рекомендаций и может привести к ухудшению состояния [1; 6].

У женщин в данной группе появляется сенситивный тип (26%), не представленный на начальном этапе. Сенситивный тип характеризуется чрезмерной озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое болезнь производит на окружающих. Пациенты опасаются, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными, распускать сплетни о причине болезни. Они боятся стать обузой для близких. Появление данного типа свидетельствует о переносе локуса тревоги из внутреннего плана переживания болезни во внешний, социальный. Это может быть связано с реальными изменениями внешности после лечения (хирургические вмешательства, последствия химиотерапии) и страхом социального отвержения [4; 9].

3. Динамика типов отношения к болезни как отражение процессов адаптации к кризисной ситуации

Сравнительный анализ двух групп позволяет выявить динамику типов отношения к болезни по мере увеличения длительности заболевания (Таблица №3).

Таблица 3

Динамика типов отношения к болезни, (%)

Тип отношения к болезни	Мужчины, 0,1–1 г.	Женщины, 1,1–3 г.
Гармоничный	19	30
Тревожный	40	30
Неврастенический	19	-
Паранойяльный	22	-
Ипохондрический	-	22



Анозогнозический	-	18

Общими тенденциями для мужчин и женщин являются:

- увеличение доли гармоничного типа (у мужчин в 1,6 раза, у женщин в 2,2 раза), что свидетельствует о постепенной адаптации к кризисной ситуации и формировании более зрелых стратегий совладания;
- снижение доли тревожного типа, хотя у женщин он остается преобладающим.

Различия в динамике связаны с трансформацией дезадаптивных типов. У мужчин неврастенический и паранойяльный типы, характерные для острой фазы, сменяются ипохондрическим и анозогнозическим. Можно предположить, что если в остром периоде мужчины проявляли агрессию (паранойяльный) или раздражительность (неврастенический), то в отдаленном периоде эти реакции трансформируются либо в фиксацию на телесных ощущениях (ипохондрия), либо в отрицание болезни (анозогнозия).

У женщин обсессивно-фобический тип, характерный для острого периода, сменяется сенситивным. Это может означать, что страх перед маловероятными осложнениями и ритуальные действия как способ совладания с тревогой уступают место страху социального отвержения и озабоченности тем, как болезнь воспринимается окружающими. Происходит своеобразная «социализация» тревоги [8; 10].

4. Обсуждение результатов в контексте поведения личности в кризисной ситуации

Полученные данные позволяют рассматривать отношение к болезни как интегральный показатель поведения личности в кризисной ситуации,



отражающий взаимодействие личностных особенностей, этапа переживания кризиса и социального контекста.

На начальном этапе кризиса (до 1 года) доминируют эмоциональные реакции по типу тревоги и страха. Пациенты находятся в состоянии острого стресса, их поведение направлено на поиск безопасности, что проявляется в различных формах: от активного поиска информации и «авторитетов» (тревожный тип) до ритуальных действий (обсессивно-фобический тип у женщин) и агрессивного поиска виноватых (паранойяльный тип у мужчин). Женщины демонстрируют более интенсивную эмоциональную реакцию и большую склонность к фиксации на фобических опасениях, что согласуется с данными о большей эмоциональной уязвимости женского пола в стрессогенных условиях [3; 8].

По мере увеличения длительности заболевания происходит дифференциация поведенческих стратегий. Часть пациентов (30% мужчин и 26% женщин) вырабатывают адаптивные формы поведения (гармоничный тип), характеризующиеся реалистичной оценкой ситуации, активным содействием лечению и сохранением интереса к доступным сферам жизни. У других пациентов наблюдается трансформация кризисного реагирования: тревога конвертируется либо в ипохондрическую фиксацию на телесных ощущениях (у мужчин), либо в сенситивную озабоченность отношением окружающих (у женщин). Подключение мощных психологических защит по типу отрицания (анозогнозический тип у мужчин) позволяет снизить тревогу, но блокирует адекватное взаимодействие с медицинской системой.

Важно отметить, что в исследованной выборке не были представлены апатический, меланхолический, эйфорический, эргопатический и эгоцентрический типы. Отсутствие апатического и меланхолического типов



может быть связано с тем, что пациенты с выраженной депрессивной симптоматикой реже попадают в выборку в силу трудностей организации исследования или их отказа от участия. Отсутствие эргопатического типа (уход в работу) может объясняться тяжестью состояния пациентов, не позволяющей продолжать активную трудовую деятельность. Отсутствие эйфорического типа свидетельствует о реалистичном восприятии тяжести заболевания большинством пациентов [5; 7].

Практическая значимость полученных результатов заключается в возможности их использования для дифференцированного подхода к психологическому сопровождению онкологических пациентов. Выявление доминирующего типа отношения к болезни позволяет прогнозировать поведение пациента, предвидеть трудности во взаимодействии с медицинским персоналом и выбирать адекватные мишени психологической коррекции.

Для пациентов с тревожным типом необходима работа по снижению уровня тревоги, предоставление четкой и структурированной информации о заболевании и лечении, обучение методам релаксации. Для пациентов с обсессивно-фобическим типом показана когнитивная терапия, направленная на коррекцию иррациональных страхов и уменьшение ритуального поведения. Пациенты с паранойяльным типом требуют особого такта в установлении доверительных отношений, исключения противоречий в медицинской информации. При ипохондрическом типе эффективно переключение внимания с телесных ощущений на другие сферы жизни. При сенситивном типе важна работа с самооценкой и социальными страхами. Анозогнозический тип требует постепенного, нетравматичного подведения пациента к осознанию серьезности заболевания.



Заключение

Отношение к болезни у онкологических пациентов является сложным и динамичным образованием, отражающим процесс переживания личностью кризисной ситуации. Проведенное исследование позволяет сформулировать следующие выводы:

1. В структуре отношения к болезни у онкологических пациентов доминируют дезадаптивные типы, при этом их представленность значимо различается у мужчин и женщин, а также изменяется по мере увеличения длительности заболевания.

2. На начальном этапе кризиса (до 1 года) преобладающим типом является тревожный, выявленный у 40% мужчин и 54% женщин. У мужчин также представлены паранойяльный (22%) и неврастенический (19%) типы, у женщин — обсессивно-фобический (34%). Гармоничный тип в этот период встречается редко (19% у мужчин, 12% у женщин).

3. На отдаленном этапе реабилитации (1,1–3 года) наблюдается увеличение доли гармоничного типа (до 30% у мужчин и 26% у женщин), что свидетельствует о постепенной адаптации к кризисной ситуации. Однако у женщин по-прежнему доминирует тревожный тип (48%), а также появляется сенситивный тип (26%). У мужчин тревожный тип снижается до 30%, появляются ипохондрический (22%) и анозогнозический (18%) типы.

4. Выявленная динамика типов отношения к болезни отражает гендерно-специфичную трансформацию кризисного реагирования: у мужчин – от внешне обвиняющих (паранойя) и раздражительных (неврастения) реакций к соматической фиксации (ипохондрия) или отрицанию (анозогнозия); у женщин – от фобических реакций к социоцентрической тревоге (сенситивный тип).



5. Формирование гармоничного типа отношения к болезни выступает показателем успешного преодоления кризисной ситуации и может рассматриваться в качестве целевого ориентира психологической реабилитации.

Полученные данные обосновывают необходимость дифференцированного подхода к психологическому сопровождению онкологических пациентов с учетом типа отношения к болезни, пола и этапа переживания кризиса.

Источники и литература / Sources and references:

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. — 2-е изд. — М.: Смысл, 2022. — 288 с.
2. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь / А.В. Гнездилов. — СПб.: Речь, 2022. — 288 с.
3. Исурина Г.Л. Психология кризисных и экстремальных ситуаций / Г.Л. Исурина, Т.А. Караваева. — М.: Юрайт, 2023. — 424 с.
4. Клиническая психология: в 2 т. Т. 2: Частная патопсихология / под ред. А.Б. Холмогоровой. — М.: Академия, 2020. — 432 с.
5. Личко А.Е. Методика определения типов отношения к болезни (ЛОБИ) / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Клиническая и медицинская психология: диагностика и коррекция. - СПб.: СпецЛит, 2021. - С. 156–178.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. - 8-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2022. — 592 с.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. — М.: Наука, 1987. — 168 с.
8. Тарабрина Н.В. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, О.А. Ворона, М.С. Курчакова. — 2-е изд. — М.: Институт психологии РАН, 2022. - 280 с.



9. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. — М.: Смысл, 2002. — 288 с.

10. Холмогорова А.Б. Тревожные расстройства: современные модели и протоколы психотерапии / А.Б. Холмогорова, Е.Н. Клименкова // Консультативная психология и психотерапия. - 2022. - Т. 30. — № 3. — С. 9–33.

**ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ СИСТЕМНОЙ
КРИЗИСНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В ПОСТСУИЦИДАЛЬНЫЙ ПЕРИОД
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ:
ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И АПРОБАЦИИ**

Сенников Д. С.

*Республиканский центр психологической помощи
Института психологии БГПУ,
Республика Беларусь, г Смагулова. Минск*

Аннотация. В статье представлена авторская практико-ориентированная модель системной кризисной интервенции, разработанная для работы в образовательной среде после завершеного суицида учащегося. Модель синтезирует принципы психологического первого пособия (PFA), данные соматической психотравматологии и системный подход. Описывается структура модели, апробированной в ходе более 30 реальных случаев, а также обсуждаются ее ограничения и перспективы применения.

Ключевые слова: кризисная интервенция, постсуицидальный период, образовательная среда, практико-ориентированная модель, психологическое первое пособие (PFA), системный подход.

**PRACTICE-ORIENTED MODEL OF SYSTEMIC CRISIS INTERVENTION
IN THE POST-SUICIDE PERIOD IN THE EDUCATIONAL
ENVIRONMENT: DEVELOPMENT AND TESTING EXPERIENCE**

**II Международная междисциплинарная научно-практическая
конференция, Кемерово, 2026**



Sennikov D. S.

*Republican Centre of Psychological Assistance Institute of Psychology,
Belarusian State Pedagogical University,
Republic of Belarus, Minsk*

Abstract. The article presents an author's practice-oriented model of systemic crisis intervention designed for work in the educational environment after a student's completed suicide. The model synthesizes the principles of Psychological First Aid (PFA), data from somatic psychotraumatology, and a systemic approach. The structure of the model, tested in more than 30 real cases, is described, and its limitations and prospects for application are discussed.

Keywords: crisis intervention, post-suicide period, educational environment, practice-oriented model, psychological first aid (PFA), systemic approach.

Введение

Завершенный суицид в школьном сообществе представляет собой событие исключительной дестабилизирующей силы, справедливо характеризующееся как «вершина айсберга» сложных психосоциальных проблем. Подобная трагедия неизбежно порождает каскад острых стрессовых реакций и создает серьезные системные риски, включая возможность кластеризации суицидального поведения, когда одно событие провоцирует цепную реакцию среди уязвимых лиц [9]. Необходимость немедленного, грамотного и безопасного профессионального реагирования не вызывает сомнений, однако эволюция подходов к раннему вмешательству сопровождалась серьезными методологическими кризисами. Исторически стандартной процедурой считался психологический дебрифинг. Однако масштабные обзоры, в частности, Кокрановского сотрудничества, пришли к категоричному выводу о его



неэффективности и потенциальном ятрогенном риске, особенно в первые часы после травмы [15, 18].

Ответом международного сообщества стал подход Первой психологической помощи (Psychological First Aid, PFA), концептуальной основой которого стали пять элементов: чувство безопасности, спокойствие, само- и коллективная эффективность, связь и надежда [11]. ВОЗ рекомендует PFA как предпочтительную форму первоначальной поддержки [1]. Несмотря на консенсус вокруг его гуманистических принципов, исследователи отмечают неоднородность доказательной базы эффективности конкретных протоколов PFA и их излишнюю общность, требующую серьезной адаптации к специфическим контекстам, таким как школа [10, 19].

Таким образом, в области постсуицидального кризисного реагирования в образовании существует ощутимый разрыв между:

1. признанной неэффективностью одних подходов (дебрифинг);
2. общим согласием относительно верного вектора (PFA) и
3. практическим дефицитом конкретных, структурированных и контекстуально-чувствительных алгоритмов, применимых в условиях высокого хаоса. Данная статья не претендует на представление окончательной «доказанной модели», а ставит целью аналитический обзор и синтез теоретических оснований для разработки, а также рефлексивное описание практико-ориентированной модели системной кризисной интервенции (СКИ), предлагаемой для профессиональной дискуссии и адаптивной апробации.

Теоретические и методологические основания модели СКИ

Разработка модели СКИ базировалась на критическом анализе современной научной литературы по кризисной психологии, психотравматологии и суицидологии, включая фундаментальные работы,



систематизирующие теорию и методы оказания психологической помощи в острых кризисных ситуациях [4], а также на методе обобщения и рефлексии эмпирического опыта, накопленного в ходе более 30 выездов на места завершенных суицидов в образовательные учреждения.

Историческая эволюция подходов к раннему вмешательству привела к отказу от некогда стандартных процедур, таких как психологический дебрифинг, в связи с доказательствами их неэффективности, а порой и потенциального вреда [15, 18]. Консенсус научного и профессионального сообщества сместился в сторону Первой психологической помощи (PFA), основанного на гуманистических принципах создания безопасности, естественной адаптации и мобилизации ресурсов, а не на вербализации травмы [1, 11]. Это задало новый этический и практический вектор, сместивший фокус с патологизации на нормализацию реакций.

Несмотря на универсальность принципов PFA, его практические руководства часто носят слишком общий характер, что создает методологический дефицит в высокоструктурированных системах, таких как учреждение образования [19]. Для школы требуется не просто набор принципов, а четкий, воспроизводимый алгоритм, сохраняющих дух PFA, но предлагающих большую структурную определенность.

Для преодоления указанных ограничений предлагаемая модель СКИ сознательно эклектична и строится на трех взаимосвязанных опорах, отвечающих на выявленные дефициты:

1. Полная операционализация принципов PFA: Модель принимает за основу пять элементов PFA по Хобфоллу [11], трансформируя их из общих принципов в конкретные действия на каждом этапе работы с разными группами.



2. Нейронаучно обоснованный акцент на соматической регуляции: учитывая данные о том, что острый стресс угнетает префронтальную кору и активирует подкорковые структуры, а также опираясь на фундаментальные представления отечественной психотравматологии о системном характере нарушений психической деятельности в результате травматического воздействия [3], модель делает осознанную ставку на методы, направленные на восстановление баланса вегетативной нервной системы [8, 16]. Это позволяет работать с состоянием, когда когнитивные ресурсы ограничены.

3. Системный (экосистемный) подход как центральное отличие: в отличие от индивиду-центрированных протоколов, модель исходит из понимания школы как живой экосистемы. Подросток рассматривается как часть динамической системы «школа-семья». Следовательно, интервенция должна быть направлена на стабилизацию всей системы, укрепляя естественные сети поддержки, а не заменяя их [5, 14]. Этот подход является прямым ответом на ограничения работы исключительно с «пострадавшими».

Выбор конкретных техник: в качестве ядра практического инструментария выбрана адаптированная для группы техника «Объятие бабочки» (Butterfly Hug) [13]. Ее выбор обусловлен простотой, безопасностью, доказанным эффектом билатеральной стимуляции для снижения возбуждения и возможностью немедленного применения, что соответствует требованиям кризисной ситуации.

Структура и содержание модели СКИ: опыт апробации

Опыт апробации в ходе более 30 выездов позволил отточить и структурировать протокол модели СКИ, рассчитанный на один визит кризисной команды (4-6 часов). Его логика прямо вытекает из теоретических оснований и состоит из трех этапов.



Первый этап (Подготовительный): экспресс-сбор информации, координация с администрацией и эмоциональная настройка команды. Цель – минимизация хаоса, установление рабочих отношений и определение круга вовлеченных лиц. Этот этап закладывает основу для системной работы.

Второй этап (Дифференцированная стабилизация): параллельная работа с ключевыми подсистемами школьной экосистемы, что реализует принцип системности [14].

Работа с подростками (40-45 минут, групповая) структурирована в три шага:

1. Информирование и нормализация через ключевую формулу, укорененную в гуманистическом подходе Роджерса: «Любая ваша реакция сейчас – это нормальная реакция на ненормальное событие» [6]. Это снимает вторичную тревогу и создает условия для конгруэнтности.

2. Соматическая стабилизация через диафрагмальное дыхание и технику «Объятие бабочки» [13]. Субъективная оценка состояния (по шкале 0-10) используется как педагогический прием, усиливающий самоэффективность и агентность, демонстрируя возможность саморегуляции.

3. Закрепление и ориентация на будущее через конкретные поведенческие инструкции, структурирующие ближайшие дни и снижающие растерянность.

Работа с педагогами направлена на снижение профессиональной вины и переориентацию на задачи поддержки учащихся.

Работа с родителями фокусируется на снижении их собственной тревоги и трансформации в устойчивый ресурс для ребенка, с учетом возрастных особенностей реагирования детей на травму [2, 7].

Третий этап (Обеспечение преемственности): передача администрации информации-инструкции, а в дальнейшем, аналитической записки с «картой



социально-психологического риска» и планом мероприятий на месяц. Это превращает разовую интервенцию в пролонгированное системное сопровождение, давая школе инструмент для самостоятельного управления ситуацией.

В рамках данной статьи представлена общая трехэтапная архитектура модели СКИ. Детальное, пошаговое описание каждого этапа с полными алгоритмами действий, вербальными протоколами и развернутыми методическими рекомендациями выходит за ее рамки и составляет содержание отдельного методического руководства.

Позиционирование модели, ограничения и перспективы валидации

Предлагаемая модель СКИ занимает четкую нишу, операционализируя принципы РФА в конкретном школьном контексте и предлагая более структурированный, но безопасный алгоритм по сравнению с классическим дебрифингом. Ее сила – в последовательном экосистемном подходе, однако требуется открытая рефлексия ряда вопросов.

1. Методологические вызовы валидации комплексных интервенций. Накопленный опыт, каким бы обширным он ни был, не заменяет контролируемых исследований [10]. Существует «проблема черного ящика»: сложно эмпирически дифференцировать вклад работы с каждой подгруппой в общий эффект. Это отражает общую методологическую трудность оценки системных программ [19]. Предлагаемый путь валидации (от пилотных исследований к сравнительным) является необходимым, но сложным.

2. Этическая дилемма директивности. Структурированный протокол, оправданный в условиях хаоса, требует от психолога особой чуткости, чтобы не перейти грань между поддержкой и давлением. Ключевым является то, как преподносятся техники: не как предписание, а как предлагаемый инструмент,



выбор использовать который остается за участником. Это сохраняет уважение к автономии и соответствует принципу самоэффективности [6, 11].

3. Клинические границы модели. Модель ориентирована на нормальные реакции и не заменяет клинической диагностики. Ее безопасное применение требует встроенных элементов скрининга для выявления лиц с острыми суицидальными рисками или признаками психических расстройств и их немедленной маршрутизации к специалистам, как того требуют клинические рекомендации [7, 17].

4. Контекст альтернативных подходов. Следует отметить, что разрабатываются и другие модели кризисного реагирования в школах (например, более когнитивно-поведенчески ориентированные или фокусирующиеся исключительно на подготовке педагогов). Модель СКИ не претендует на уникальность, но предлагает свой путь синтеза – через призму немедленной соматической стабилизации и одновременного воздействия на все уровни системы.

Заключение

Проведенный анализ подтверждает, что завершенный суицид в образовательной среде создает комплексный кризис, требующий немедленного, системного и методологически выверенного ответа. Существующий разрыв между признанной неэффективностью устаревших практик, общим консенсусом вокруг гуманистических принципов первой помощи и дефицитом конкретных, адаптированных к контексту школы алгоритмов обуславливает необходимость разработки новых моделей. Представленная практико-ориентированная модель системной кризисной интервенции (СКИ) является попыткой преодолеть этот разрыв путем синтеза современных научно обоснованных подходов. Ее разработка и апробация основывались на критическом осмыслении как



международного опыта, так и собственного эмпирического материала, что позволяет рассматривать ее в качестве рабочего инструмента для структурирования деятельности специалистов в ситуации острого кризиса. Данная модель предлагается не как догматическая инструкция, а как основа для профессиональной рефлексии, адаптации и дальнейшего исследования.

На основании проведенного анализа и обобщения опыта можно сформулировать следующие выводы:

1. Существует насущная потребность в структурированных, контекстуально-адаптированных протоколах кризисного вмешательства для школ, которые преодолевают ограничения как дебрифинга, так и излишне общих руководств PFA.

2. Практико-ориентированная модель СКИ предлагается как синтез трех ключевых опор: операционализированных принципов PFA, методов соматической регуляции, основанных на данных нейронаук, и последовательного экосистемного подхода.

3. Главное практическое достоинство модели – ее структурированность и воспроизводимость, дающая кризисным психологам четкий алгоритм действий в условиях высокой неопределенности, соответствующий принципам целевого кризисного вмешательства [12].

4. Текущий статус модели – это обобщение успешного практического опыта и теоретический синтез, требующий дальнейшей систематической валидации в рамках отдельной исследовательской программы.

5. Настоящая публикация является приглашением к профессиональной дискуссии и совместной доработке подхода как шага к формированию более эффективных и этических стандартов кризисного реагирования в образовании,



конечная цель которых – обеспечение безопасности и поддержки для всех участников образовательной среды [5].

Данная модель может служить основой для создания учебных программ и методических рекомендаций для специалистов, работающих в сфере образования.

Источники и литература / Sources and references:

1. Всемирная организация здравоохранения, War Trauma Foundation и World Vision International (2014). Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. Женева: ВОЗ, 2014. 76 с.
2. Дозорцева Е.Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция. М.: Генезис, 2006. 128 с.
3. Кровяков В. М. Психотравматология. М. : Наука, 2005. 304 с.
4. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Эксмо, 2008. 928 с.
5. Психология кризисных и экстремальных ситуаций : учебник / под редакцией Н. С. Хрустальной. 2-е изд., стер. Санкт-Петербург : СПбГУ, 2022. 748с.
6. Роджерс К. Становление личности. Взгляд на психотерапию / К. Роджерс ; пер. с англ. М. М. Исениной ; под ред. Е. И. Исениной. М. : Прогресс, 1994. 480 с. – Текст: электронный // PSYLIB [Электронная библиотека]. – 2004. – URL: <http://psylib.org.ua/books/roger01/index.htm> (дата обращения: 21.12.2025).
7. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2018. 376 с.
8. Everly J., Lating J.M. A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response. 4th ed. New York: Springer, 2019. DOI: 10.1007/978-1-4939-9098-



9. Haw C., Hawton K., Niedzwiedz C., Platt S. Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2013. Vol. 43. P. 97–108. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012. 00130.x
10. Hermosilla S., [et al.] We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being // *Journal of Traumatic Stress*. 2023. Vol. 36. P. 5–16. DOI: 10.1002/jts.22888
11. Hobfoll S.E., [et al.] Five Essential Elements of Immediate and Mid–Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence // *Psychiatry*. 2007. Vol. 70, No. 4. P. 283–315. DOI: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
12. James R.K., Gilliland B.E. Crisis intervention strategies. 8th ed. Boston: Cengage Learning, 2016. 752 p.
13. Jarero I., Artigas L. The EMDR Therapy Butterfly Hug Method for Self-Administered Bilateral Stimulation: Technical Report [Электронный ресурс]. ResearchGate, 2023. URL: <https://www.revibapst.com/volumen-11> (дата обращения: 04.02.2026).
14. Landau J., Saul J.H. LINC (Linking Human Systems): Community Resilience in the Face of Trauma, Terrorism, and Tragedy // *Journal of Systemic Therapies*. 2004. Vol. 23, No. 3. P. 46–58.
15. Rose S., Bisson J., Churchill R., Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002. Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.
16. Shalev A.Y., [et al.] Post-Traumatic Stress Disorder // *The New England Journal of Medicine*. 2017. Vol. 376, No. 25. P. 2459–2469.
17. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder: NICE guideline [Электронный ресурс]. London: NICE, 2018. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (дата обращения: 15.01.2026).



18. van Emmerik A.A.P., Kamphuis J.H., Hulsbosch A.M., Emmelkamp P.M.G. Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis // The Lancet. 2002. Vol. 360, No. 9335. P. 766–771.

19. Wang L., [et al.] The Effectiveness and Implementation of Psychological First Aid: A Systematic Integrative Review // Trauma, Violence, & Abuse. 2024. Vol. 25, No. 4. P. 2638–2656.

**«ПАНДЕМИЯ СТРАХА»: ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ
МЕХАНИЗМЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ
И СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

Селедцов А. М.¹, Яковлев А. С.¹, Кирина Ю. Ю.¹, Акименко Г. В.²

Кафедра психиатрии и наркологии

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Статья посвящена феномену «пандемии страха» как неотъемлемому компоненту крупных эпидемий и пандемий. На основе теоретической модели эпидемической психологии Ф. Стронга и современных эмпирических исследований анализируются психологические механизмы возникновения и распространения страха в условиях пандемии COVID-19. Рассматриваются экзистенциальные основания тревоги, роль инфодемии и социальной стигматизации как факторов усиления страха, а также адаптивные и дезадаптивные последствия этого феномена. Особое внимание уделяется уязвимости медицинских работников и социально незащищенных групп. В заключении предлагаются направления психологической помощи и политические рекомендации по управлению страхом в условиях пандемий.



Ключевые слова: пандемия страха, эпидемическая психология, инфодемия, тревога, экзистенциальные основания, стигматизация, COVID-19, совладающее поведение.

«PANDEMIC OF FEAR»: PSYCHOSOCIAL MECHANISMS, CONSEQUENCES AND OVERCOMING STRATEGIES

Seledtsov A. M.¹, Yakovlev A. S.¹, Akimenko G. V.²

¹*Department of Psychiatry and Narcology*

²*Department of Clinical Psychology*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article is devoted to the phenomenon of the "pandemic of fear" as an integral component of major epidemics and pandemics. Based on the theoretical model of epidemic psychology, F. The psychological mechanisms of the emergence and spread of fear in the context of the COVID-19 pandemic are analyzed by J. Strong and modern empirical studies. The article examines the existential causes of anxiety, the role of infodemia and social stigmatization as factors of fear reinforcement, as well as the adaptive and maladaptive consequences of this phenomenon. Special attention is paid to the vulnerability of health workers and socially vulnerable groups. In conclusion, the article offers directions for psychological assistance and policy recommendations for managing fear during pandemics.

Keywords: fear pandemic, epidemic psychology, infodemic, anxiety, existential foundations, stigmatization, COVID-19, coping behavior.



Введение

Пандемия COVID-19, охватившая мир в 2020-2022 годах, стала не только вызовом для систем здравоохранения, но и мощным психосоциальным феноменом. Наряду с распространением самого вируса, мир столкнулся с параллельным явлением, которое британский медицинский социолог Ф. Стронг еще в 1990-х годах назвал «эпидемией страха» [citations:3]. Этот феномен, составляющий ядро разработанной им модели «эпидемической психологии», оказал существенное влияние на индивидуальное и коллективное поведение, политические решения и социальную динамику в целом.

Цель данной статьи - представить комплексный научный обзор феномена «пандемии страха»: раскрыть его психологические механизмы, проанализировать факторы усиления (инфодемию и стигматизацию), оценить последствия для психического здоровья и выделить эффективные стратегии совладания.

Модель эпидемической психологии Ф. Стронга

Для понимания «пандемии страха» наиболее продуктивной является модель Ф. Стронга, согласно которой любая крупная эпидемия неизбежно порождает три взаимосвязанные психосоциальные эпидемии:

Эпидемия страха - панические реакции, тревога, поиск виноватых.

Эпидемия объяснений и морализаторства — конкурирующие теории причин заболевания, моральные оценки поведения людей.

Эпидемия действий - попытки властей и общества контролировать ситуацию, часто непропорциональные реальной угрозе.

Эта модель, изначально разработанная на основе анализа предыдущих эпидемий (испанского гриппа, СПИДа), оказалась удивительно точной для описания реакции на COVID-19. Пандемия коронавируса выявила



множественные уязвимости в способности общества адекватно реагировать на новую угрозу, что превращает понимание эпидемической психологии в вопрос национальной и глобальной безопасности.

Экзистенциальные основания страха в условиях пандемии

Пандемия страха имеет глубокие экзистенциальные корни. Эмпирическое исследование А.А. Бакановой (n=181) показало, что тревога в условиях пандемии COVID-19 формируется вокруг трех универсальных экзистенциальных данностей: страха смерти, одиночества и ограничения свободы. Эти данные подтверждают классические идеи П. Тиллиха о тревоге как реакции на угрозу небытия, а также взгляды С. Кьеркегора и М. Хайдеггера, рассматривавших тревогу как фундаментальный модус человеческого существования, обостряющийся в пограничных ситуациях. Исследования последних десятилетий убедительно свидетельствуют о том, что наиболее разрушительное воздействие на психологическое состояние современного человека оказывают глобальные риски, такие как изменение климата, угроза применения ядерного оружия, вынужденные миграции, землетрясения, террористические атаки и пандемии.

Всемирная организация здравоохранения в первые месяцы 2020 года объявила вспышку COVID-19 пандемией и классифицировала её как крупное бедствие. Пандемия стала одним из немногих катастрофических событий новейшей истории, затронувших всё население планеты. А её серьёзность и долгосрочные последствия, по прогнозам специалистов, станут беспрецедентным испытанием как для отдельных людей и организаций, так и для сообществ и наций.

На начальных стадиях пандемии наблюдался высокий уровень страха и одиночества. Вследствие этого психологическая устойчивость стала ключевым



фактором психического здоровья многих людей. С клинико-психологической точки зрения, COVID-19 – во многом уникальное явление: условия пандемии, со всеми присущими ей ограничениями и рисками, предоставили исследователям возможность наблюдать во всем богатстве феноменологических проявлений становление такого клинико-психологического феномена, как внутренняя картина болезни (ВКБ).

Установлено: неблагоприятное влияние на психику человека так же оказывал целый ряд бытовых ситуаций, например:

- выпадение из привычного круга общения;
- ограничение или временное лишение свободы;
- отказ от привычных повседневных дел (например, поездки в офис или поход в тренажерный зал);
- финансовые потери;
- массированная негативная информация в социальных сетях и СМИ
- локдаун, который стал наиболее сильным психотравмирующим событием.

Известно, что любая изоляция человека на срок более 10 дней может привести к депрессивному состоянию. А социальная изоляция в течение длительных периодов времени может повышать риск возникновения различных соматических проблем, включая болезни сердца, депрессию, деменцию и даже смерть. Анализ научной литературы, проведенный ещё в 2015 году Джулианном Холт-Лунстад, позволяет утверждать, что хроническая социальная изоляция повышает риск смертности на 29% [1]. Ситуация, сложившаяся в мире в 2020 году, стала еще одним доказательством данного заключения.

Защитным фактором для психики многих стала социальная поддержка. Систематический обзор Williams et al. (2021) об имевших место мерах,



направленных на уменьшение социальной изоляции и одиночества во время пандемии COVID-19, показал, что многие потенциально недорогие вмешательства, реализуемые в цифровом формате, были эффективны. В их числе терапия, основанная на осознанности, дискуссии по изобразительному искусству, смехотерапия, музыкальные концерты, транслируемые из пустых залов, медитация тайцзи цигун и др. [4].

В периоды глобальных рисков в жизни человека могут формироваться различные негативные «психологические эффекты». К их числу можно отнести: страх, депрессию, стресс, повышенную раздражительность, бессонницу, проявление симптомов посттравматического стресса, гнев и поведенческой усталости и др.

Сочетание противоречивых личных интересов, страха, длительного времени, которым приходилось жертвовать, изоляции, дезинформации, сопротивления властям, неравенства в ресурсах в обществе, противоречивой информации создали идеальные условия для усиления разочарования и снижения уровня жизнестойкости.

В результате многочисленных исследований, проведенных в 2020-2022 годах, было установлено, что основным психологическим последствием пандемии COVID-19 оказалось значительное возрастание уровня распространенности среди населения таких психических расстройств, как депрессия, ПТСР и поведенческие проблемы. Специалисты считают, что неизбежны и пролонгированные последствия. А в настоящее время фиксируются всплеск психических нарушений у большой группы людей, как переболевших SARS-CoV-2, так и у тех, кто не болел [3]. Тревожные расстройства, панические атаки и даже попытки сведения счетов с жизнью стали новыми побочными эффектами перенесенной инфекции.



Термин «жизнестойкость» был популяризирован в 70-х и 80-х годах психологом Эмми Вернер [12]. Однако концепция жизнестойкости до настоящего времени не получила четкого определения в научной литературе.

В некоторых исследованиях психологическая устойчивость концептуализируется как стабильная и долговременная «черта характера». Не редко под жизнестойкость рассматривается как значимый компонент психологической безопасности личности [8].

Американская психологическая ассоциация определяет жизнестойкость как процесс успешной адаптации к невзгодам, травмам, угрозам и источникам стресса. В дополнение к способности преодолевать психологически сложные обстоятельства, это также проявляется в способности человека расти и эволюционировать, преодолевая препятствия [5].

С. Мадди выделил три основных компонента психологической устойчивости: вовлеченность, контроль и принятие риска. Эти три компонента соизмеримы с тремя выявленными значимыми аспектами проявления жизнестойкости [2].

Первая - это способность к адекватному и эмоционально нейтральному принятию негативной ситуации.

Второе - это осмысление совокупности неблагоприятных обстоятельств и разработка стратегии поведения, включающей контроль над собственным эмоциональным состоянием.

Третье - это принятие объективно существующих рисков и реализация своих запланированных действий [10, 11].

Согласно теориям жизнестойкости, к другим факторам, способствующим её повышения, относятся:



Социальная поддержка. Исследования показывают, что поддерживающие социальные системы, включающие родственников, сообщество, друзей и организации, повышают жизнестойкость человека во время кризиса или травмы.

Самооценка. Позитивное самоощущение и уверенность в своих силах человека могут предотвратить чувство беспомощности перед лицом невзгод. Исследование, проведенное в журнале *Frontiers in Psychiatry*, показало, что самооценка и жизнестойкость тесно связаны [6].

Навыки совладания навыки. Исследования показали, что использование позитивных навыков совладания (таких как оптимизм и умение делиться) может помочь повысить жизнестойкость в большей степени, чем непродуктивные.

Коммуникативные навыки. Умение четко и эффективно общаться помогает людям искать поддержку, мобилизовать ресурсы и предпринимать действия. Люди, способные взаимодействовать с другими, проявлять сочувствие к ним и вселять уверенность в других, как правило, более жизнестойки [7].

Эмоциональная регуляция. Способность управлять потенциально переполняющими эмоциями (или обращаться за помощью, чтобы справиться с ними) помогает человеку сохранять концентрацию при преодолении трудностей [9].

Жизнестойкие люди, как и остальные, испытывают стресс, неудачи и переживают негативные эмоции, но они умеют использовать свои сильные стороны и обращаются за помощью к системам поддержки, чтобы преодолевать трудности и результативно работать с проблемами. Устойчивость дает им возможность принять ситуацию, адаптироваться к ней [4, 7].

В рамках данного исследования была использована концепция Фергуса и Циммермана [3]. В феномене жизнестойкости учёные выделяют такие



значимые характеристики личности, как: способность контролировать эмоции, локус контроля, адекватная самооценка, хорошая адаптация к жизненным стрессорам и т.д. То есть личностные характеристики придают человеку устойчивость помимо других факторов, смягчающих стресс. При этом значимы и ресурсы, которые являются внешними по отношению к индивиду, например, вовлеченность в участие в социальных сетях, работа на цифровых платформах.

Психологически устойчивые люди, как правило, хорошо справляются со сложными ситуациями. Им удастся надолго преодолеть трудности, и даже травматический опыт. Показательно, что психологически устойчивые люди, таким образом, во многих ситуациях в определенной степени защищены от психических заболеваний.

В большинстве исследований, посвященных феномену жизнестойкости во время пандемии, изучалась ее опосредующая роль в связи между дистрессом и эмоциональным выгоранием человека, стрессом и качеством жизни, а также социальной изоляцией и психологическим благополучием.

Известные работы последних десятилетий, касающиеся посттравматического стрессового расстройства, свидетельствуют, что в ситуации глубокой психологической травмы, связанной в случае пандемии с изоляцией и безработицей, шанс на ее преодоление есть только у тех, кто сумел найти для себя смысл в том, что происходит [2]. Это, быть может, и была главная задача, которая стояла перед обществом в тот период: обрести смысл жизни и вернуть с его помощью ориентир, понимание, ощутить власть над собой и над течением событий в жизни, т.е. жизнестойкость.

Установлено, что разные люди, подвергающиеся одинаковому уровню стресса или неблагоприятным обстоятельствам, не обязательно будут одинаково реагировать на эти негативные условия окружающей среды



(например, разрушительные последствия для психологического здоровья или эмоциональное выгорание).

Концептуализируется, что эти переменные оказывают либо прямое, либо умеренное, либо опосредующее воздействие на психологическое состояние человека. Гипотеза прямого эффекта предполагает, что ресурсы преодоления или защитные факторы имеют прямую связь с жизнестойкостью, психологическим благополучием, которые существуют независимо от уровня невзгод, с которыми сталкивается человек.

В ряде исследований жизнестойкость рассматривается в единстве с ролевым конфликтом. Так, Де Клерк обнаружил, что высокая жизнестойкость снижает неопределенность ролей [10]. Люди с высокой жизнестойкостью обладают высоким уровнем энергии. А при отсутствии жизнестойкости эта энергия формирует стрессовые реакции на происходящие события и, в частности, поведенческую усталость.

Феномен «поведенческой усталости» можно описать, как постепенное снижение желания соответствовать требуемому поведению из-за таких факторов, как скука. Как и другие поведенческие проявления усталости, пандемическая усталость характеризуется снижением соблюдения директив общественного здравоохранения. Установлено, что на ощущение усталости влияют различные факторы, в том числе возраст, пол, физическое состояние, питание, психический статус, психологические состояния и состояние здоровья человека в целом.

Выводы ряда учёных свидетельствуют о том, что человеческая устойчивость перед лицом невзгод явление в достаточной степени распространённое. Так, в одном исследовании сообщалось, что, хотя от 50 до 60 процентов населения Европы в период пандемии остро переживали



травматические события, но только у 5-10 процентов этих людей имело место посттравматическое стрессовое расстройство [3].

Информация о психологическом воздействии пандемии, полученная в результате новых направлений исследований, позволяет сделать лишь общие и предварительные выводы. Многомерность стрессовых воздействий, которые соединила в себе пандемия коронавируса 2019-2020 гг., очевидно еще будет предметом многочисленных научных исследований. Но уже сейчас есть основания говорить о том, что на смену проблем, обусловленных инфекционным процессом, пришли практические задачи, обусловленные всплеском распространенности реактивных психических расстройств, а также неинфекционных заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистой системы, связь которых со стрессом неоднократно подтверждена. Таковы вызовы современности.

Заключение

Феномен «пандемии страха» — это не побочный эффект, а центральный компонент переживания крупномасштабных инфекционных кризисов. Он имеет собственные механизмы распространения, факторы усиления и серьезные последствия для психического здоровья населения. Игнорирование этого феномена ведет к неадекватным политическим решениям, росту социальной стигматизации и длительным психологическим последствиям.

На основе проведенного анализа можно предложить следующие рекомендации для будущих пандемий:

1. Управление информацией: необходимо не просто бороться с дезинформацией, но и понимать эмоциональные потребности, которые она удовлетворяет, предоставляя альтернативные, успокаивающие нарративы.



2. Психологическая поддержка: особое внимание следует уделять медицинским работникам и социально уязвимым группам, которые наиболее подвержены стигматизации и ПТСР-симптоматике.

3. Обучение совладанию: массовое распространение техник саморегуляции и толерантности к неопределенности должно стать частью общественного здравоохранения.

Человечество, вероятно, вступает в «эпоху пандемий», и понимание психологии страха становится не просто академическим интересом, а вопросом коллективной устойчивости.

Источники и литература / Sources and references:

1. Акименко Г. В., Селедцов А. М., Кирина Ю. Ю. Психология неопределённости в условиях пандемии: причины, эмоции и последствия // Дневник науки. 2020. № 11 (47). С. 13.

2. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Начева Л.В., Селедцов А.М. Психология эпидемии: как пандемия (COVID-19) влияет на психику людей // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1. № 4. С. 45-5.

3. Шелекета В.О., Казинцева Н.О. Ситуация пандемии как стресс-тест для жизнестойкости личности: проблемы и перспективы социологической оценки экзистенциальных модусов в контексте метода С. Мадди. Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. 2021;11(2):180-191.

4. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors / C. Mazza [et al.] // International journal of environmental research and public health. 2020. Vol. 17. № 9. 14 p. DOI:10.3390/ijerph17093165



5. Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population / L. Moccia [et al.] // Brain, Behavior, and Immunity. 2020. Vol. 87. P. 75–79. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.048
6. Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic / W.Y. Jiao [et al.] // Journal of Pediatrics. 2020. Vol. 221. P. 264–266. DOI: 10.1016/j.jpeds.2020.03.013
7. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China / Y. Wang [et al.] // Psychology, Health & Medicine. 2021. Vol. 26. № 1. P. 13–
8. Thakur V., Jain A. COVID 2019-Suicides: a global psychological pandemic // Brain Behav. Immun. 2020. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.062
9. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic / K.M. Sønderskov [et al.] // Acta neuropsychiatrica. 2020. Vol. 32. № 4. P. 226–228. DOI:10.1017/neu.2020.15

НАРЦИССИЗМ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛИЧНОСТИ

Селедцов А.М.¹, Акименко Г. В.², Кирина Ю.Ю.¹

¹*Кафедра психиатрии и наркологии*

²*Кафедра клинической психологии*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В статье представлен комплексный анализ нарциссизма как многоуровневого феномена, находящегося на стыке клинической психологии, феноменологической психиатрии и социальной психологии. Рассматриваются



современные подходы к феноменологии нарциссического расстройства личности (НРЛ), включая дихотомию грандиозного и уязвимого субтипов. Исследуются этиопатогенетические модели: от психоаналитической теории объектных отношений и теории управления страхом смерти (ТМТ) до нейробиологических коррелятов (DLPFC, DMN). Особое внимание уделяется влиянию нарциссической структуры на психоэмоциональную сферу, а именно механизмам дисрегуляции аффекта, специфике переживания стыда и вины, а также феномену «экзистенциального перелома». Делается вывод о необходимости интеграции экзистенциального подхода в терапию НРЛ.

Ключевые слова: нарциссическое расстройство личности, грандиозный нарциссизм, уязвимый нарциссизм, феноменология, патогенез, экзистенциальный перелом, регуляция эмоций, психотерапия.

NARCISSISM: PHENOMENOLOGY, PATHOGENESIS AND ITS IMPACT ON THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF THE PERSON

Seledtsov A. M.¹, Akimenko G. V.², Kirina Yu.Yu.¹

¹*Department of Psychiatry and Narcology*

²*Department of Clinical Psychology*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. In recent decades, there has been a significant increase in various forms of psychological disorders that significantly affect human adaptive abilities. In the article, based on the analysis of the literature, an attempt is made to consider the relationship between such psychological phenomena as: narcissism, depression and loneliness. The data obtained in the course of research indicate a significant increase in the level of anxiety, depression, a decrease in the subjective feeling of happiness, as well as an increase in perfectionism, narcissism and a feeling of loneliness, despite the



improvement of socio-economic conditions of life. Market competition and the reward system in educational and professional spheres, as well as perfectionistic attitudes in personal life, place high demands on the individual, which leads to chronic stress and deterioration in the quality of life, including psychological and subjective well-being, as well as an increase in the feeling of loneliness.

Keywords: narcissism, depression, loneliness, perfectionism, psychological well-being

Введение

Актуальность изучения нарциссизма в современной науке обусловлена не только ростом распространенности диагностируемых расстройств, но и культурным давлением, идеализирующим индивидуализм, перфекционизм и консьюмторные ценности [2, с. 67]. Нарциссическое расстройство личности (НРЛ) представляет собой сложный клинический синдром, характеризующийся патологическим паттерном грандиозности, потребности в восхищении и дефицитом эмпатии [1].

Несмотря на значительный прогресс в понимании НРЛ за последнее десятилетие, исследователи сталкиваются с проблемой теоретической фрагментации. Психоаналитические, когнитивно-поведенческие и нейробиологические парадигмы предлагают ценные, но изолированные инсайты, не объясняя единой мотивационной структуры расстройства [6]. В частности, открытым остается вопрос о сосуществовании грандиозного и уязвимого нарциссизма у одного индивида и о феномене высокой резистентности данных пациентов к терапии [1; 10].



Целью данной работы является синтез современных данных о феноменологии и патогенезе нарциссизма с последующим анализом его воздействия на аффективную и когнитивную сферу личности.

В современной психологической науке наблюдается значительный дефицит эмпирических исследований, направленных на изучение механизмов взаимосвязи между нарциссизмом и депрессивными расстройствами. Этот пробел в исследовательской литературе особенно актуален, учитывая сложность и многогранность феноменов нарциссизма и депрессии, а также их потенциальное влияние на психическое здоровье и социальное функционирование индивидов. Для более глубокого понимания этих взаимосвязей требуется проведение комплексных мультидисциплинарных исследований, которые интегрируют данные из различных областей психологии, психопатологии и нейробиологии.

Результаты и обсуждение

Термин «нарциссизм» возник еще две тысячи лет назад, когда Овидий написал сборник «Метаморфозы», куда включил историю о юноше, влюбившемся в свое отражение в воде. Он стал настолько зависим от постоянного созерцания самого себя, что не смог отойти от воды и умер. На этом месте вырос цветок, который называли Нарциссом.

Нарциссизм часто ошибочно принимают за эгоцентризм. Однако за нарциссическим поведением стоит сложная эмоциональная структура, которая может включать в себя депрессию.

Исследователи выделяют и здоровый нарциссизм - повышенную самооценку - и нарциссизм как психическое отклонение, когда человек буквально требует обожания. В описании психиатрических отклонений такое поведение характеризуется как «потребность в восхищении, а также отсутствие



эмпатии, которая развивается в начале взрослой жизни и присутствует в различных контекстах».

Нарциссизм не является одномерным. Он включает в себя различные типы. К их числу относятся:

Грандиозный нарциссизм: для этого типа характерны завышенная самооценка и экстравертное поведение. Вы можете заметить, что они хвастаются своими достижениями или стремятся к постоянному восхищению.

Уязвимый нарциссизм: в отличие от грандиозных нарциссов, уязвимые нарциссы проявляют чувствительность и неуверенность. Они могут казаться замкнутыми и чувствовать себя недооценёнными, что повышает риск развития депрессии.

Злокачественный нарциссизм: этот тип сочетает в себе нарциссические черты с антисоциальным поведением. Злокачественные нарциссы могут быть манипуляторами и не проявлять эмпатии, демонстрируя при этом агрессивные наклонности.

Скрытый нарциссизм: скрытые нарциссы часто проявляют себя как застенчивые или замкнутые люди. Они жаждут восхищения, но выражают его тонко. Их часто мучают мысли о собственной несостоятельности, что приводит к депрессии.

Нарциссизм и депрессия часто тесно переплетаются. Хотя нарциссы могут демонстрировать уверенность, они могут испытывать глубокую эмоциональную боль и неуверенность.

В XXI столетии нарциссизм приобрел характер эпидемии. Так, учёные из США Jean Twenge и Keith Campbell провели целый ряд исследований на данную тему. В частности, они посмотрели, что баллы по результатам прохождения опросника NPI (Narcissistic Personality Inventory, или «Нарциссический опросник



личности») студентами в 2006 году на 30% превосходят аналогичные данные 1979 года. А специалист в области нарциссизма Кит Кэмпбелл считает чрезмерную самовлюбленность эпидемией, опасной не только для самих нарциссов, но и для окружающих.

Мы провели тестирование обучающихся на 1-2 курсах педиатрического и медико-профилактического факультетов Кемеровского государственного медицинского университета. Более 56% респондентов набрали количеств баллов выше среднего. И хотя масштаб нашего исследования несравненно скромнее, основной вывод совпадает с данными наших британских коллег Т. Curran и А. Hill: независимо от пола и возраста молодые люди становятся всё более требовательными к себе, им кажется, что окружающие ждут от них достижений и совершенства, они постоянно сравнивают себя с другими и руминируют на тему собственного несовершенства. Все эти показатели тесно связаны с ростом депрессивной симптоматики.

Также мы видим, согласно анализу базы Google Books Ngram Viewer (книги, вышедшие в США с 1969 по 2008 год), постепенное снижение частоты использования местоимения «мы», «нас» (снижение на 10%) и увеличение частоты употребления «я» и «мне» (выросло на 42%) [6].

И раз в научной литературе всё время речь идёт о дискурсе совершенства, перфекционизма, вытесняющего гуманитарные ценности, нельзя не обратиться к работам классиков исследований перфекционизма 1990-х годов.

Канадские учёные Paul Hewitt и Gordon Flett разработали трёхкомпонентную модель структуры перфекционизма, включающую в себя следующие его разновидности:

- я-адресованный,
- социально предписанный,



- адресованный другим.

Также они опираются на объяснительную модель деструктивности перфекционизма, так называемую *social disconnection model*, модель социальной разобщённости как следствия перфекционизма.

В этой связи показательна работа Т. Curran и А. Hill «Perfectionism is increasing over time: a meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016». Это колоссальное исследование, мета-анализ 164-х выборок. Около 42 тысяч студентов из американских, канадских и британских образовательных учреждений были обследованы по многомерной шкале перфекционизма Hewitt&Flett. Сожно констатировать результат: независимо от пола, возраста и страны молодые люди становятся всё более требовательными к себе и другим, а также считают, что окружающие ждут от них достижений и совершенства. Социально-предписанный перфекционизм при этом вырос на 32%.

Расстройство личности, связанное с нарциссизмом, появилось относительно недавно. С 1980-х годов все исследования были направлены на самих нарциссов, а лечение таких пациентов означало, что они обращались в психиатрические и психотерапевтические службы. Только сейчас изучается влияние нарциссов на жертв. И, конечно, большинство жертв не обращаются в психиатрическую систему, они с гораздо большей вероятностью обратятся за психотерапевтической помощью, потому что даже не подозревают, что стали жертвами нарциссического насилия.

Депрессия представляет собой сложное психическое расстройство, оказывающее многогранное воздействие на когнитивные, эмоциональные и соматические функции индивида. Концепция депрессии не сводится исключительно к эмоциональному состоянию грусти, которое, хотя и является одним из ключевых симптомов, не исчерпывает всей палитры клинических



проявлений. В рамках депрессивного спектра могут наблюдаться такие феномены, как:

- апатия и снижение мотивации, проявляющиеся в виде общей пассивности и утраты интереса к ранее значимым видам деятельности.
- нарушения пищевого поведения, варьирующиеся от анорексии до булимии.
- соматические симптомы, такие как хронические болевые синдромы (например, дорсалгия, цефалгия)
- когнитивные искажения, включая чувство собственной никчёмности, безнадежности и пессимистичное восприятие будущего.
- аффективные нарушения, такие как гнев и раздражительность, которые могут проявляться как в виде эмоциональной лабильности, так и в виде стойких аффективных расстройств.

Деперсонализация и дереализация, характеризующиеся ощущением отчуждения от собственного «Я» и окружающего мира, что свидетельствует о нарушении интегративных функций сознания

Пандемия COVID -19 привела к существенному росту депрессивных и тревожных расстройств. В этой связи специалисты в области психического здоровья неоднократно обращали внимание общества на возможные пролангированные последствия. В этой связи комиссия Lancet по глобальному психическому здоровью рекомендовала сосредоточиться на устранении пробелов как в клинических, так и в социальных вмешательствах, направленных на снижение глобального бремени психических расстройств [3].

Философы также выражали свою обеспокоенность. Так, российский философ Аноп Назаретян сформулировал закон техно-гуманитарного баланса, который обосновывает тот факт, что необходимо гармонизировать



технологическую мощь с уровнем культуры и психологической регуляцией, обеспечивающей внутреннюю стабильность общества. На наш взгляд, в настоящее время этот баланс нарушен. Как следствие, в настоящее время 30% выпускников страдают симптомами депрессии, что в три раза выше, чем в общей популяции.

Об эпидемии депрессии говорят и наши зарубежные коллеги, и остро ставится вопрос о причинах этого [4]. Так, исследователи из Великобритании, Thomas Curran и Andrew Hill, опубликовали ряд работ, посвящённых изучению роста уровня депрессии, тревожных расстройств и склонности к суициду. В своих работах они обращают внимание на то, что современное рыночное общество оказывает негативное воздействие на психическое здоровье молодёжи. Меняющиеся критерии оценки себя и других людей в молодёжной культуре также способствуют ухудшению психического состояния молодых людей.

Одним из ключевых факторов, способствующих развитию депрессивных состояний у современного человека, является феномен социально предписанного перфекционизма, который, возможно, является доминирующим в контексте формирования депрессивной симптоматики. Социальное давление вызывает внутренний конфликт и одиночество, что негативно влияет на психоэмоциональное состояние личности [5]. Исследования в данной области показывают, что социально предписанный перфекционизм часто коррелирует с такими психологическими состояниями, как тревожность, депрессия и низкая самооценка. Кроме того, он может оказывать негативное влияние на межличностные отношения, вызывая конфликты и напряжённость в общении.

Социально предписанный перфекционизм имеет как положительные, так и отрицательные последствия. С одной стороны, он может способствовать мотивации к достижению высоких результатов и развитию личностных качеств.



С другой стороны, он может привести к хроническому стрессу, эмоциональному выгоранию и снижению качества жизни.

Под руководством Jordan Smoller в 2020 году был проведён гигантский мета-анализ факторов-протекторов от депрессии. Вот что учёный пишет в итогах работы: «Самым выдающимся и намного оторвавшимся по влиянию от других параметров оказалась частота доверительных разговоров с другими и рассказы другим о себе, своих переживаниях и мыслях, а также встречи с семьёй и друзьями - всё это подчёркивает важный защитный эффект социальной связанности и социального единства» [4].

Заключение

Основываясь на полученных данных, можно утверждать, что феномены нарцизма и одиночества в современном мире играют ключевую роль в динамике и поддержании депрессивных состояний и уровня счастья. Однако наше исследование не позволяет установить причинно-следственные связи между тенденциями к депрессии, уровнем счастья и степенью одиночества. Для более глубокого понимания этих взаимосвязей и их возможных детерминант необходимо провести дополнительные исследования.

В частности, следует детально изучить механизмы, посредством которых одиночество влияет на депрессивные и позитивные эмоциональные состояния, а также выявить потенциальные факторы, способствующие возникновению одиночества, с учетом культурных различий. Одним из основных ограничений нашего исследования является использование сокращенной версии NPI (Narcissistic Personality Inventory), что не позволяет дифференцировать различные типы нарциссизма (грандиозный и скрытый) и, следовательно, детализировать результаты в этом аспекте.



Нарциссизм является мультидетерминированным феноменом, патогенез которого включает как темпераментальные особенности (высокая раздражительность), так и специфические средовые влияния (дефицит эмпатии). Феноменологически он представлен двумя основными векторами (грандиозный и уязвимый), которые могут сменять друг друга.

Влияние нарциссической структуры на психику глубоко деструктивно: несмотря на внешнее благополучие, личность испытывает хронический дефицит смысла, дисрегуляцию самооценки и неспособность к подлинной интимности. Современные исследования указывают на необходимость перехода от коррекции симптомов к «онтологической трансформации» в терапии, включающей практики осознанности (mindfulness) и работу с осознанием смертности, чтобы разорвать порочный круг «экзистенциального перелома» [1; 6].

Источники и литература / Sources and references:

1. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. Москва : Когито-центр, 2007. 208 с.
2. Degi, L. Cs., Kállay, É., & Vincze, A.E. (2007). Differences in illness-related distress in ethnically different cancer patients (Romanians, Romanian Hungarians and Hungarians). *Cognition, Brain, Behavior*, 11(1), 143-158. Dickinson, K., A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188-207.
3. Petrides, K. V., Vernon, P. A., Schermer, J. A., & Veselka, L. (2011). Trait emotional intelligence and the dark triad traits of personality. *Twin Research and Human Genetics*, 14(01), 35–41.
4. Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421–446.



5. Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2007). The narcissism epidemic. Living in an age of entitlement. New York: Free Press.

6. Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. Journal of Behavioral Medicine, 29, 377–387.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СОВРЕМЕННЫХ ПЕДАГОГОВ

Темникова Е. Ю.

Кафедра педагогики и психологии

Нижнетагильский государственный

социально-педагогический институт (филиал)

ФГАОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»,

Россия, г. Нижний Тагил

Аннотация. В статье поднимается проблема стрессоустойчивости современных педагогов. В исследовании приняли участие педагоги в возрасте от 22 до 65 лет (N=35). Для диагностики использовались «Стресс-ФИЭ» (автор Е. С. Иванова), тест на определение уровня стрессоустойчивости личности (автор И. А. Усатов), «Шкала профессионального стресса» David Fontana (перевод Т. М. Марютина). В результате сравнения средних с помощью U-критерия Манна-Уитни было выявлено, что низкий уровень стрессоустойчивости напрямую коррелирует с высоким уровнем профессионального стресса, а также стаж работы не является определяющим фактором для уровня стресса и стрессоустойчивости в данной выборке.

Ключевые слова: уровень общего стресса, профессиональный стресс, общая стрессоустойчивость педагогов, информационный стресс, физиологический стресс, эмоциональный стресс.



STRESS TOLERANCE RESEARCH MODERN TEACHERS

Temnikova E. Yu.

Department of Pedagogy and Psychology

Nizhny Tagil State University

Socio-pedagogical Institute (branch)

Ural State Pedagogical University, Nizhny Tagil, Russia

Abstract. The article raises the problem of stress tolerance of modern teachers. The study involved teachers aged 22 to 65 years (N=35). For diagnosis, the «Stress-PHE» (author E. S. Ivanova), a test for determining the level of stress tolerance of a personality (author I. A. Usatov), «Professional Stress Scale» by David Fontana (translated by T. M. Maryutin) were used. As a result of comparing averages using the Mann-Whitney U-test, it was revealed that a low level of stress tolerance directly correlates with a high level of occupational stress, and work experience is not a determining factor for stress levels and stress tolerance in this sample.

Keywords: general stress level, professional stress, general stress tolerance of teachers, informational stress, physiological stress, emotional stress.

Введение

Профессия педагога относится к категории профессий, особо уязвимых перед стрессом, так как учителю приходится решать разнообразные профессиональные задачи в условиях недостатка времени и информации, постоянного открытого контакта с людьми, предполагающего значительные эмоциональные и энергетические затраты. Профессиональная деятельность современного педагога требует постоянной и максимальной мобилизации его собственных ресурсов. В условиях интенсивных социальных трансформаций, в поиске путей выхода из конфликтных ситуаций педагогам нужны креативность



и опыт внутренней гармонизации. Учителя, которые способны быстро адаптироваться к новым условиям и умеют находить решения проблем нестандартным путём, лучше справляются со стрессом.

Недостатком методического обеспечения процесса повышения стрессоустойчивости педагогов является недостаточная систематизация и доступность методик, направленных на развитие необходимых психологических качеств и компетенций. Отсутствие четких инструкций и рекомендаций по внедрению указанных подходов затрудняет их эффективное применение педагогами. Это создает разрыв между теоретическими знаниями и практической реализацией, снижая эффективность мер по снижению профессиональных рисков и улучшению условий труда педагогов. Для устранения указанного пробела важно разработать рекомендации по профилактике стрессоустойчивости у педагогов.

Краткий обзор исследований

Под стрессоустойчивостью мы понимаем профессионально значимое качество личности, которое помогает противостоять стрессу в профессиональной деятельности. Структура стрессоустойчивости педагога, на основе модели Н. В. Самоукиной, включает три компонента, соответствующих уровню общего стресса, профессиональному стрессу и общей стрессоустойчивости педагогов [5].

Проблема развития стрессоустойчивости педагогов активно изучается отечественными и зарубежными исследователями. В своём исследовании мы рассмотрим наиболее распространённые методы и инструменты, применяемые учёными, а также их достоинства и недостатки.

Н. И. Иванов использовал методы гештальтерапии. Этот подход предполагает осознание собственных чувств и потребностей, способность



понимать и выражать эмоции. Преимуществом метода является формирование целостного восприятия себя и окружающего мира, способствующего снижению тревожности и напряжения [1, с. 56]. Однако недостаток заключается в том, что данная методика направлена на работу только с уровнем общего стресса, в частности эмоционального компонента, а также не может в полной мере быть использована в работе по снижению профессионального стресса и развитию стрессоустойчивости педагогов. Этот метод требует значительного количества времени и ресурсов для достижения устойчивого результата.

Е. Ю. Семёнова применяла методики релаксации и визуализации, включая дыхательные упражнения и прогрессивную мышечную релаксацию. Эти техники помогают снизить физиологическое напряжение и способствуют восстановлению энергии [6, с. 89]. Их преимущество — простота освоения и возможность быстрого эффекта. Недостатком же является ограниченность влияния исключительно на физическое состояние, игнорируя глубинные причины стресса.

А. Л. Петрова предлагала использовать арт-терапевтические техники, такие как рисование, лепка и работа с красками. Данный подход помогает выразить скрытые чувства и переживания, способствует самовыражению и креативному решению проблем [4, с. 45]. Основной плюс метода — возможность бессознательного освобождения от негатива. Эти техники можно использовать в работе по снижению профессионального стресса и развитию стрессоустойчивости педагогов. К недостаткам можно отнести то, что эти техники не способствуют снижению информационного и физического компонентов общего стресса.

О. К. Королькова анализировала возможности использования психологического консультирования и коучинга. Она подчёркивала важность



индивидуального подхода и построения личностно ориентированных моделей поведения, направленных на управление стрессовыми ситуациями [3, с. 67]. Главное достоинство этого направления — индивидуальный характер воздействия, гибкость подходов. Вместе с тем метод требует значительных временных затрат, высококвалифицированной подготовки специалиста, а также не направлен на снижение информационного компонента общего стресса.

Таким образом, труд педагога в современных условиях сопровождается негативными эмоциями, перенапряжением психических и физиологических функций, нарушением работоспособности, что характерно для профессионального стресса. Учёные предлагают разнообразные методы и технологии, позволяющие развивать стрессоустойчивость педагогов. Каждый подход имеет свои сильные стороны и недостатки, ограничения, выбор конкретного метода зависит от индивидуальных особенностей педагога, группы педагогов и условий реализации.

Методы исследования

Для исследования уровня стресса общего уровня стресса, профессионального стресса и стрессоустойчивости у педагогов нами были использованы следующие методики: опросник для выявления основных видов стресса «Стресс-ФИЭ», разработанный Е. С. Ивановой [2], Методика «Тест на определение уровня стрессоустойчивости личности», разработанная И. А. Усатовым [7], «Шкала профессионального стресса» David Fontana (перевод Т. М. Марютина).

В исследовании приняли участие педагоги. Общее количество опрошенных составило 35 человек. Из них 35 женщин в возрасте от 22 до 65 лет. Из общей выборки 14 человек (40%) имеют стаж работы до 10 лет, остальные 60% имеют стаж работы 10 лет и более. Самый большой стаж работы 42 года.



Для объективной оценки актуальности проблемы и обоснования необходимости внедрения разработанного психолого-педагогического проекта в нашей курсовой работе была проведена диагностика уровня стресса и стрессоустойчивости педагогов.

Результаты и обсуждение

По результатам всех методик мы отметили, что часть опрошенных (60%) имеет средний уровень стресса, а у преобладающей части опрошенных (62,86%) выявлен умеренный уровень профессионального стресса. Исходя из этого, следует отметить, что большинство педагогов нуждается в снижении информационного, физиологического и эмоционального видов стресса. Если не снизить влияние стрессогенных факторов сейчас, то стресс будет прогрессировать и перейдет в высокий уровень, что подтверждается наличием зависимости между переменными.

Низкий уровень стресса (17%) и низкий уровень профессионального стресса (31,43%) свидетельствуют о достаточном уровне стрессоустойчивости у части педагогов, однако это не отменяет необходимости профилактической работы для поддержания их состояния.

Высокий уровень стресса был выявлен у 23% опрошенных по одной методике и у 5,71% по другой. У них наблюдается проявление различных негативных переживаний: страха, тревоги, неуверенности, раздражительности и неудовлетворенности. Они склонны к информационным перегрузкам и нарушениям здоровья. Работа с этой категорией требует первоочередного внимания психолога.

Уровень стрессоустойчивости ниже среднего (14,29%) указывает на необходимость целенаправленной работы по развитию защитных механизмов личности.

В представленном исследовании для анализа взаимосвязи между уровнем стрессоустойчивости и уровнем профессионального стресса использовался



критерий χ^2 (хи-квадрат). Результаты сравнительного анализа по выявлению различий в уровне стресса, профессионального стресса и стрессоустойчивости педагогов с разным уровнем стажа, проведенного с использованием непараметрического критерия U-Манна-Уитни для двух независимых выборок, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа уровня стресса, профессионального стресса и стрессоустойчивости у педагогов с разным уровнем стажа

Переменные	Средний ранг группы 1 n1=14	Средний ранг группы 2 n2=21	U-Манна- Уитни	p уровень значимости
Физиологический вид стресса	18,46	17,69	140,5	0,826
Информационный вид стресса	16,54	18,98	126,5	0,488
Эмоциональный вид стресса	15,71	19,52	115,0	0,281
Общий уровень стресса (в баллах)	16,46	19,02	125,5	0,469
Общий уровень стресса (уровень)	16,11	19,26	120,5	0,308
Шкала профессионального стресса (в баллах)	19,11	17,26	131,5	0,601
Уровень стрессоустойчивости (в баллах)	17,14	18,57	135,0	0,686
Уровень стрессоустойчивости (уровень)	19,29	17,14	129,0	0,471

Примечание:

1. группа 1 – педагоги со стажем до 10 лет, группа 2 – педагоги со стажем 10 и более лет;
2. при $n_1 = 14$ и $n_2 = 21$ значение $U_{кр} = 12$ при $p = 0,05$



Проведённый математико-статистический анализ позволил выявить ключевые взаимосвязи между уровнем стрессоустойчивости и уровнем профессионального стресса у педагогов, а также оценить влияние стажа работы на исследуемые показатели.

Применение критерия χ^2 (хи-квадрат) показало наличие статистически значимой зависимости между уровнем стрессоустойчивости и уровнем профессионального стресса ($\chi^2_{\text{эмп}} > \chi^2_{\text{крит}}$). Это означает, что низкий уровень стрессоустойчивости напрямую коррелирует с высоким уровнем профессионального стресса. Иными словами, педагоги с недостаточной стрессоустойчивостью чаще испытывают выраженный профессиональный стресс, что подтверждается эмпирическими данными.

Для сравнения педагогов с разным стажем (до 10 лет и 10 лет и более) использовался непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Анализ показал, что по всем исследуемым переменным (общий уровень стресса; профессиональный стресс; уровень стрессоустойчивости) статистически значимых различий между группами не выявлено ($U_{\text{эмп}} > U_{\text{кр}}$, $p > 0,05$). Отметим, что стаж работы не является определяющим фактором для уровня стресса и стрессоустойчивости в данной выборке. Высокая зависимость между стрессоустойчивостью и профессиональным стрессом подчёркивает необходимость целенаправленной работы по развитию навыков саморегуляции и повышению стрессоустойчивости у педагогов, особенно у тех, кто демонстрирует низкий уровень этих качеств. Отсутствие различий по стажу указывает на то, что мероприятия по профилактике и коррекции стресса должны быть адресованы всем педагогам.

Структура распределения педагогов по уровням стресса и стрессоустойчивости подтверждает актуальность внедрения разработанного психолого-педагогического проекта для системного воздействия на все компоненты



стресса и формирования устойчивых навыков преодоления профессиональных трудностей. Проект позволит системно воздействовать на все выявленные компоненты стресса и способствовать развитию устойчивых навыков саморегуляции у всех категорий педагогов.

Заключение

Результаты исследования показали, что уровень профессионального стресса и стрессоустойчивости у педагогов взаимосвязаны, а стаж работы не оказывает существенного влияния на эти показатели. Существующая ситуация свидетельствует о том, что педагоги находятся в зоне риска профессионального выгорания и дезадаптации. Это обосновывает необходимость внедрения комплексного подхода, направленного на развитие стрессоустойчивости и снижение уровня профессионального стресса среди всех категорий педагогов, независимо от их стажа.

Мы рекомендуем проводить мероприятия, направленные на снижение физиологического стресса через метод осознанного движения и дыхательных техник (Дж. Кабат-Зинн), снижение информационного стресса через использование системы тайм-менеджмента (С. Кови, Д. Аллен), снижение эмоционального стресса методами синемалогии и рефлексивной техники EMDR (Ф. Шапиро), проработку коммуникативного аспекта через тренинг навыков активного слушания (Т. Гордон), развитие организационно-деятельностного аспекта с помощью методики организации рабочего пространства (Б. Трейси), развитие социально-психологического аспекта через внедрение корпоративной культуры признания (Ф. Херцберг), развитие личностной мотивации с использованием логотерапии и программы самореализации (В. Франкл).

Источники и литература / Sources and references:

1. Иванов Н. И. Применение гештальт-подхода в развитии



стрессоустойчивости педагогов / Н. И. Иванов // Журнал практической психологии. – 2022. – № 3. – С. 54–61.

2. Иванова Е. С. «Стресс-ФИЭ»: методика измерения основных видов стресса / Е. С. Иванова // Психологическая диагностика. – 2008. – №5. – С. 82–101.

3. Королькова О. К. Коучинг как инструмент управления стрессом педагогов / О. К. Королькова // Современная психология и педагогика. – 2022. – № 5. – С. 63–70.

4. Петрова А. Л. Психологические основы профилактики профессионального выгорания педагогов / А. Л. Петрова // Проблемы современной педагогической науки – 2022. – №4. – С. 42–49.

5. Самоукина Н. В. Психология и педагогика профессиональной деятельности / Н. В. Самоукина – М.: «Тандем», 1999. – 352 с.

6. Семёнова Е. Ю. Арт-терапия и её роль в профилактике стресса среди педагогов / Е. Ю. Семенова // Психологический вестник – 2023. – №2. – С. 85–

7. Усатов И. А. Авторская методика «Тест на определение уровня стрессоустойчивости личности» / И. А. Усатов // Научно–методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т.11. – С. 681–685.

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Титиевский С. В.,¹ Федоровская И. В.,² Черепков В. Н.,¹ Побережная Н. В.¹

¹Кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России, Россия, г. Донецк

²Республиканская клиническая психиатрическая больница-психотерапевтический центр МЗ ДНР, Россия, г. Донецк



Аннотация. С целью усовершенствования лечебно-диагностической практики в отношении больных с психическими расстройствами после боевых черепно-мозговых травм (ЧМТ) проведены анализ литературных данных и их сопоставление с клиническими наблюдениями. У наблюдавшихся нами больных отмечены следующие особенности нейропсихиатрических осложнений боевой ЧМТ. После легкой ЧМТ, на фоне дефицитарности личностных ресурсов, социальной поддержки, отмечены проявления посттравматического стрессового расстройства с транзиторным шизофреноподобным психозом реактивного характера, достаточно быстрое нарастание когнитивного снижения, прогрессирующие личностные изменения. После тяжелой ЧМТ, при достаточных личностных ресурсах и социальной поддержке, установлено отсутствие отчетливых проявлений боевого посттравматического стресса, более медленное нарастание когнитивного снижения и личностных изменений.

Ключевые слова: боевая черепно-мозговая травма, тревога, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, участники боевых действий.

NEUROPSYCHIATRIC COMPLICATIONS AFTER COMBAT-RELATED TRAUMATIC BRAIN INJURY

Titievsky S. V.,¹ Fedorovskaya I. V.,² Cherepkov V. N.,¹ Poberezhnaya N. V.¹

¹*Department of Psychiatry, Medical Psychology, Psychosomatics, and Psychotherapy
with the Mental Health Laboratory of the*

«Donetsk State Medical University named after M. Gorky, Russia, Donetsk

²*Republican Clinical Psychiatric Hospital-Psychotherapeutic Center,
Ministry of Health of the DPR, Donetsk, Russia*

Abstract. To improve the treatment and diagnostic practices for patients with mental disorders following combat-related traumatic brain injury (TBI), we analyzed literature data and compared them with clinical observations. The following features of neuropsychiatric complications of combat-related TBI were noted in the patients we



observed. Following mild TBI, with a lack of personal resources and social support, manifestations of post-traumatic stress disorder with transient schizophrenia-like psychosis of a reactive nature, a fairly rapid increase in cognitive decline, and progressive personality changes were observed. Following severe TBI, with sufficient personal resources and social support, no clear manifestations of combat-related post-traumatic stress were observed, with a slower increase in cognitive decline and personality changes.

Keywords: combat traumatic brain injury, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, combat veterans.

С целью усовершенствования имеющейся лечебно-диагностической практики в отношении больных с наличием психических расстройств после перенесенных контузий головного мозга – патологии, весьма актуальной в условиях ведения боевых действий в Донбассе, – нами проведены анализ относящихся к данной теме современных зарубежных литературных данных и сопоставление их с некоторыми из имеющихся у нас клинических наблюдений, относящихся к боевой черепно-мозговой травме.

Результаты и их обсуждение

Нейропсихиатрические расстройства регулярно возникают после черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и часто – в течение первого года после данной травмы [1, 2]. Наиболее диагностируемыми по оси I DSM являются расстройства настроения, тревожные расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (SUD) [2, 3]. Хотя психиатрический диагноз, поставленный до ЧМТ, является значимым предиктором расстройств после получения ЧМТ, у многих перенесших травму головного мозга нейропсихиатрическое расстройство диагностируется впервые [1-3]. Это можно проиллюстрировать следующим клиническим наблюдением.



Больной Е., 35 л., военнослужащий, поступил на стационарное лечение в ноябре 2024 г., повторно, с жалобами на общую слабость, головную боль, шум в ушах, выраженную раздражительность, нарушение сна в виде трудности засыпания, короткий ночной сон, ухудшение памяти, рассеянность. В январе 2023 г. во время выполнения боевых задач попал под артиллерийский обстрел, терял сознание, отмечалась рвота. Находился в неврологическом отделении с диагнозом: «МВТ: контузия головного мозга во время несения воинской службы с частичным регрессом неврологического дефицита (глазодвигательные нарушения, легкий правосторонний гемипарез), наличием умеренного спастического пареза правой руки, правосторонней гемигипестезии, цефалгии. Соп.: Акубаротравма. Ушиб грудной клетки справа, болевой синдром». МРТ головного мозга в феврале 2023 г.: «Мелкоочаговые изменения в перивентрикулярной зоне, более вероятно, сосудистого генеза, однако, учитывая молодой возраст пациента, полностью не исключают демиелинизирующий процесс, требуют наблюдения. Умеренное расширение боковых желудочков и субарахноидальных пространств». Осмотр психиатра в феврале 2023 г., диагноз: «Выраженный церебрастенический синдром вследствие МВТ, ЗЧМТ».

В феврале-мае 2023 г. находился в нейрохирургическом отделении с диагнозом: «МВТ во время боевых действий, ЗЧМТ: контузия головного мозга в виде посттравматической энцефалопатии с правосторонним центральным гемипарезом, более выраженным в правой руке, правосторонней гемигипестезией, ликворо-сосудистой дисциркуляцией, упорной цефалгией, выраженным вестибуло-атактическим синдромом, выраженным церебрастеническим синдромом, синкопальным пароксизмом. Соп.: Хроническая вертеброгенная (кифотическая) деформация на уровне С₅-С₆ (нестабильность), остеохондроз, деформирующий спондилез, спондилоартроз шейного отдела



позвоночника, протрузии дисков C₃-C₄, C₄-C₅, C₅-C₆, C₆-C₇, шейная радикулопатия с выраженным корешковым, выраженным мышечно-тоническим синдромами, выраженным нарушением статико-динамической функции позвоночника, ст. затянувшегося обострения».

Осмотр оториноларинголога в августе 2023 г., диагноз: «Двусторонний адгезивно-рубцовый отит (травматического генеза)». Осмотр невролога в августе 2023 г.: «Последствия ЗЧМТ, ушиба головного мозга в виде правостороннего гемипареза с умеренным нарушением функций (Военная травма. Статья 25 пункт статьи б): В – ограниченно годен к военной службе. Диагноз для определения тяжести увечья: ушиб головного мозга.

В соответствии с Перечнем, утвержденным постановлением Правительства РФ от 29.07.1998 г. №855 – увечье тяжелое». ВВК в феврале 2024 г. было рекомендовано обследование и лечение в психиатрическом стационаре. В феврале 2024 г. находился на лечении в общепсихиатрическом отделении с диагнозом «Органическое расстройство личности эмоционально-неустойчивого типа с выраженными проявлениями посттравматического стресса (до степени диагностируемого посттравматического стрессового расстройства), ст. декомпенсации (F 07.0)». Повторно находился в общепсихиатрическом отделении в апреле-июне 2024 г. с прежними клиническими проявлениями.

Состояние ухудшилось в июне 2024 г. – внезапно появилась выраженная тревога, утверждал, что сейчас за ним приедет военная комендатура, ему срочно надо ехать на ВВК, пытался выбить двери ординаторской и кабинета заведующего отделением, утверждал, что его жена и сестра «едят шашлык в парке им. Щербакова», и он сам туда ездил на такси, был ими изгнан с угрозами вызвать комендантский патруль, который ему «отобьет почки». Со слов жены, пациент никуда не ездил, всю ночь звонил ей и оскорблял бранными словами.



Данную информацию подтвердили соседи по палате. В момент беседы с лечащим врачом был неполностью критичен, «погружен» в собственные переживания. Речь временами смазанная, неразборчивая. Напряжен, возбужден. Сообщил, что «голоса» внутри головы активно беседуют с ним: это «знакомые и незнакомые люди». Под влиянием данных «голосов» пытался утром проникнуть в ординаторскую. Появление «голосов» датирует 2014 г. (тогда, якобы, начал участвовать в боевых действиях, хотя в дальнейшем указывал, что был мобилизован для участия в СВО 28 февраля 2022 года, выполнял боевые задачи, связанные с риском для жизни и здоровья на передовой, участвовал в штурмах под обстрелами в условиях холода, недосыпания, постоянных потерь бойцов-сослуживцев). Утверждал, что «голоса периодически исчезали, появлялись после контузий». В беседе быстро уставал, говорил, что хочет спать. Уходя в палату, переговаривался с мнимым собеседником. Ночью был тревожен, часто выходил из палаты, ходил по коридорам, «проверял, всё ли в порядке». В окне заметил незнакомого человека, который «сидел на дереве и наблюдал». Лицо человека не видел. Был переведен в психиатрическое отделение с усиленным наблюдением другого лечебного учреждения, где находился в июне-июле 2024 г. с диагнозом: «Органическое бредовое шизофреноподобное расстройство (F06.2)». Повторно поступил в общепсихиатрическое отделение в ноябре 2024 г. с вышеописанными жалобами.

Психическое состояние

Ориентирован всесторонне. Выражение лица подавленное, угрюм, аффективно насыщен, неусидчив. Активно высказывает жалобы. Делает акцент на выраженной тревоге, нарушении сна, слабости, раздражительности. В беседе вязок, обстоятельно описывает своё состояние. Темп психических процессов снижен. Мышление инертное, труднопереключаемое. Грубые нарушения



мышления не отмечаются. При детализации жалоб проявляется эмоциональная лабильность, временами отмечаются раздражение, недовольство, вегетативные реакции в виде гиперемии кожных покровов, потливости, тремора в конечностях. В процессе беседы наблюдаются снижение темпа психических процессов, истощаемость и затруднения переключаемости внимания. Ослаблены мнестические функции, в основном, – процессы запоминания и воспроизведения текущих событий. Критика к состоянию формальна. Психотические нарушения в момент осмотра не выявляются.

Консультация психолога. Состояние пациента на момент обследования: контакту доступен, фон настроения неустойчив, аффективно захвачен, раздражителен, говорит резко, обстоятельно, труднопереключаем, активно жестикулирует, истощаем. Шкала депрессии Зунге: 69 б. (субдепрессивное состояние); шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина: ситуационная тревожность 64 б. (высокий уровень), личностная тревожность 74 б. (высокий уровень); таблицы Шульте: 57 с, 52 с, 61 с, 50 с, 71 с; методика «10 слов» – 4, 6, 5, 5, 6, через час – 3; темп мышления ускорен, динамика мышления: лабильность, обстоятельность, соскальзывания, уровень обобщения снижен, искажен, обобщение по конкретным, конкретно-ситуационным, конкретно-функциональным, латентным признакам. Абстрагирование и аналитико-синтетическая деятельность затруднены, критичность мышления снижена.

Консультация терапевта: хронический вирусный гепатит С в стадии репликации вируса без нарушений билирубинообразующей функции.

Проведен курс лечения: труксал 75 мг/сут., азалептин 100 мг на ночь, карбамазепин 200 мг утром и на ночь, сермион 10 мг 3 р./д., детралекс 500 мг 2 р./д., психотерапия.



В отделении настроение было подавленным, вне зависимости от ситуации. К другим пациентам и медперсоналу, беседе с врачом относился формально. Свободное время проводил в палате, спал, «сидел» в Интернете. Находился в состоянии постоянного напряжения, тревоги, беспокойства. Был обидчив, упрям, недоверчив, убежден в недоброжелательном отношении людей, их враждебности. Отмечались неустойчивость активного внимания, рассеянность, плохая память, быстро истощался в конце беседы, плохо переносил стрессовые ситуации, легко аффектировался. На предложения разнообразить свой досуг, общаясь с другими пациентами, а также посещая сеансы психотерапии, реагировал негативно. Психотическая симптоматика не выявлялась. Выписан в январе 2025 г. с незначительным улучшением для продолжения лечения в медицинской службе части с диагнозом «Органическое расстройство личности смешанного типа с психотическими эпизодами в анамнезе, вследствие посттравматической энцефалопатии, стойкое и выраженное (F07.8)».

В приведенном случае данные МРТ, наличие цервикальной вертебральной патологии, позволяют заподозрить церебральный процесс, предшествовавший травматическому повреждению, идентифицированному как посттравматическая энцефалопатия (в результате, по заключению невролога, ушиба головного мозга). При этом, больной до 2023 г. к психиатрам не обращался, после ЧМТ возникли проявления когнитивного снижения, прогрессирующие личностные изменения, с тревогой и депрессией в структуре посттравматического стресса, выраженного до степени диагностируемого посттравматического стрессового расстройства. Интересно, что фабула возникших психотических переживаний шизофреноподобного эпизода вытекала из актуальных переживаний данного больного (возможностью снова быть направленным для участия в военных



действиях). При этом, «голоса» до ЧМТ в 2023 г. никак не проявлялись, в отличие от июня 2024 г., после которого «исчезли».

Психосоциальные последствия повреждения головного мозга также хорошо описаны и часто включают нарушения копинга и адаптации (совладания с эмоциональными требованиями; адаптации к инвалидности и т.д.), потерю отношений с другими людьми и социальной поддержки (т.е., трудности с поддержанием отношений, ограниченные возможности для развития новых отношений), а также неспособность вовлекаться в значимые роли (студента, кормильца, волонтера, супруга (-и), родителя и т.д.) и справляться с ними из-за физических и когнитивных последствий травмы [4]. Эти изменения и потери отрицательно влияют на качество жизни и могут привести к возникновению таких проявлений, как возбуждение, расстройства мышления, беспокойство, расстройства настроения, апатия, расторможенность и нарушения сна [5]. Важными предикторами отдаленных последствий черепно-мозговой травмы являются нейропсихиатрические симптомы, которые могут привести к социальной изоляции и отрицательно повлиять на интеграцию в обществе [5-7]. В свою очередь, психосоциальные осложнения рассматриваются как возможный фактор риска развития нейропсихиатрических расстройств после черепно-мозговой травмы [8].

Нейропсихиатрические и психосоциальные последствия черепно-мозговой травмы зависят от ряда факторов. Тяжесть травмы и место поражения связаны с нарушением нейронных цепей, отвечающих за эмоциональный контроль, самосознание и контроль импульсов. Психологические или психодинамические факторы включают ресурсы, личные ценности, личное отношение к инвалидности и характеристики личности. Они влияют на восприятие индивидом воздействия травмы, а также определяют личностные



ресурсы для адаптации и восстановления. Наконец, психосоциальные факторы влияют на способность человека участвовать в социальной и производительной деятельности, а также использовать сети социальной поддержки [9, 10]. Эти факторы также могут быть причинами препятствий успешной реабилитации и реинтеграции в обществе.

Больной С., 43 л., женат, образование – высшее. Впервые поступил в психиатрический стационар в марте 2025 г. с жалобами на постоянные головокружения, шаткость при ходьбе, выраженную головную боль давящего характера («голова похожа на сливной бочонок на плечах, еще немного и вода в нём расплескается»), усиливающуюся при возникновении громких звуков, яркого света, на тошноту, шум в ушах, общую слабость, быструю утомляемость, нарушение сна в виде отсроченного засыпания, частых пробуждений, повышенную раздражительность, рассеянность, сниженную память. Впервые данные проявления возникли «в сентябре 2022 года после ранения». Причину нынешнего ухудшения видит в «перенесенной травме головы с осложнениями, напряженном графике службы, отсутствии отдыха, нормального сна». Указывает, что «в связи с МВТ и её последствиями находился длительно на лечении, в феврале 2025 года вследствие ухудшения самочувствия обратился в свою медчасть, откуда направили на лечение в неврологическое отделение, во время лечения впервые в жизни был консультирован психиатром, который рекомендовал продолжить лечение в психиатрическом стационаре». С конца мая 2014 г. стал участвовать в боевых действиях в составе ополчения Донбасса, с началом СВО «продолжил служить и участвовать в боевых действиях в 2022 году, выполнял боевые задачи под обстрелами, в условиях холода, голода, недосыпания, постоянных потерь бойцов-сослуживцев».



Осенью 2022 года во время выполнения боевой задачи получил МВТ с открытой ЧМТ, ушибом головного мозга, после многочисленных курсов лечения, операций в январе 2023 г. вернулся на место службы, «продолжил выполнять боевые задачи в экстремальных условиях, к концу 2024 г. состояние стало сильно ухудшаться». Согласно медицинской документации, был госпитализирован с диагнозом: «Минно-взрывная травма. Слепое осколочное ранение левой теменной области. Открытая проникающая ЧМТ. Ушиб головного мозга. Вдавленный многооскольчатый перелом левой теменной кости с наличием костных отломков интракраниально. Соп.: Состояние после операции ПХО вдавленного перелома теменной кости слева, удаления костных отломков». В течение 4 месяцев лечился в нейрохирургическом отделении, была проведена пластика костного дефекта в левой лобно-теменно-височной области. Прошел ВВК, присвоена категория «Д», однако решил продолжить воинскую службу по собственному желанию.

В феврале 2025 г. лечился с диагнозом: «Посттравматическая энцефалопатия с вазомоторной цефалгией, вестибуло-атактическим синдромом, двусторонней пирамидной недостаточностью, выраженным церебрастеническим синдромом, стадия декомпенсации». Родился в полной семье, рос «любимым ребенком», имеет младшего брата. Указывает, что ему «прививали любовь к ближнему, уважение к старшему поколению, трудолюбие, воспитывали личным примером, разговором, наказывали немного, пожулив». Несмотря на дальнейший развод родителей (С. тогда было 7 лет), они «продолжили общение». Ранних проблем не отмечает. Перенёс «ветрянку», перелом правой плюсневой кости. В школе «нравилось, учился хорошо», отношения с учителями были «со всеми хорошие», «дружил со всеми ровесниками». Окончил университет по специальности «правоведение»,



получил второе высшее образование магистра государственного и муниципального управления. Служил в армии, с 2014 года участвует в боевых действиях, по настоящее время является военнослужащим. Ранее работал оперуполномоченным в полиции. Условия жизни считает удовлетворительными. Имеет сына 19 лет. Супругу характеризует: «добрая, отзывчивая, трудолюбивая, во всем хорошая». Отмечает поддержку со стороны «семьи, родителей, знакомых, товарищей». По характеру себя видит «общительным, добрым, энергичным». Отношение к себе: «нормальное». Отношение к болезни: «как должное, надо лечиться», изменения вследствие заболевания: «стал раздражительным, ухудшились физическое и телесное состояния, как будто постарел на 20 лет». Из значимых событий в жизни отмечает «смерть родни, бабушек, гибель сослуживцев, моё ранение».

Психическое состояние. Ориентирован в месте, времени, собственной личности правильно. Внешне опрятен, выражение лица сосредоточенное, напряженное. Движения и жестикуляция активные, адекватные переживаниям, периодически возникают навязчивые действия в виде наклона головы и сглатывания, которые сам не замечает и не контролирует. Постоянно хмурится и сжимает зубы в ответ на громкий звук или яркий свет, периодически наклоняется в сторону собеседника, чтобы лучше услышать. Память значительно снижена на текущие события и события недавнего прошлого. Мышление в замедленном темпе, абстрактно-логическое, суждения ясные, последовательные, сложно переключается с темы на тему. Внимание активное, неустойчивое, сосредоточение даётся с трудом. Описывает вспыльчивость, раздражительность, тревогу, рассеянность. Способен к корригированию эмоций. Ответы на вопросы исчерпывающие, краткие. Фиксирует внимание на пережитом во время боевых действий, подробно рассказывая о своем боевом опыте. Указывает на отсутствие



каких-либо страхов. Присутствует тревога, «связанная с обстрелами места жительства, за родных, домашних питомцев». Свои сновидения описывает как «в основном, хорошие». Критика сохранена. Строит планы на дальнейшую жизнь. Ожидания от пребывания в клинике: «чтобы стало легче, получить помощь».

При осмотре неврологом диагностирована посттравматическая энцефалопатия.

Выводы: личность характеризуется выраженными сенситивностью, гипертимностью, демонстративностью, индивидуалистичностью, стеничностью, сочетанием разнонаправленных установок, притязаниями на уважение в межличностных отношениях.

Диагноз: органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство с формированием личностных изменений вследствие посттравматической энцефалопатии (F06.6).

Таким образом, несмотря на тяжелую травму головного мозга, личностные ресурсы больного и его желание позволили ему продолжить воинскую службу, не обращаясь к психиатрам в течение 3 лет после ЧМТ. При этом, у него нет клинически выраженных тревоги и депрессии, отчетливых проявлений боевого посттравматического стресса. Ощукая поддержку окружающих, С. строит жизненные планы, по характеру себя видит «общительным, добрым, энергичным», относится к себе позитивно, хотя и отмечает нарастание церебрастенической симптоматики, личностных изменений, преодолеть которые надеется с помощью врачей. Обращают на себя внимание, несмотря на тяжелую ЧМТ, более медленный темп нарастания личностных изменений и меньшая тяжесть продуктивной психопатологии, чем у больного Е., который, хоть и младше, страдает, помимо вертебральной патологии с болевым синдромом,



хроническим вирусным гепатитом С, «в начальных классах учился отлично, потом плохо», отмечает «конфликты с некоторыми одноклассниками, с учителями в средних и старших классах, т.к. «меня не взлюбили родители моих одноклассников, некоторые учителя были на их стороне», срочную службу в армии по какой-то причине не проходил, «относительно удовлетворен» своими экономическими условиями, в браке не состоял, детей не имеет, не получил высшего образования, живёт с родителями, с которыми «иногда спорю, но всегда делаю так, как мне говорят – так чаще с отцом». Кроме того, по данным МРТ, у Е. посттравматическая энцефалопатия не подтверждена.

Двойной диагноз, также известный в качестве коморбидности или сопутствующего расстройства, определяется как сочетание психических расстройств, одновременно возникающих у одного и того же человека [11]. Симптомы сопутствующих расстройств могут перекрываться и ухудшать течение их обоих. В случае черепно-мозговой травмы и сопутствующих нейropsychиатрических расстройств иногда бывает трудно определить, являются ли имеющиеся симптомы прямым результатом травмы мозга или же – соответствующей ситуационной реакцией на травму [12]. Многие из симптомов, часто регистрируемых после ЧМТ, в частности, раздражительность, утомляемость, проблемы со сном, снижение инициативности (инициации) и нарушения внимания, могут быть связаны либо не связаны с таким нейropsychиатрическим расстройством, как депрессия [13, 14].

Нейropsychиатрические расстройства присутствуют у значительного числа людей до ЧМТ, а черепно-мозговая травма может усилить проявления симптомов [15]. Наконец, известно, что нейropsychиатрические расстройства, в частности, тревожные и депрессивные, могут возникать после черепно-мозговой травмы [3]. Необходим тщательный анализ, чтобы дифференцировать, вызваны



ли симптомы травмой мозга, предшествующим состоянием, психосоциальными последствиями травмы или же комбинацией факторов [14, 16].

Частота нейропсихиатрических расстройств, зарегистрированных после черепно-мозговой травмы, значительно варьируется из-за методологических различий в исследованиях, включая их дизайн, набор субъектов, используемые методы диагностики и оценки, гетерогенные этиологию и тяжесть травмы, а также продолжительность времени от момента травмы до постановки диагноза [3, 17-19].

Проспективные исследования, систематические обзоры литературы и исследования с использованием структурированного клинического интервью для DSM (SCID) («золотого стандарта») для диагностики нейропсихиатрических расстройств после ЧМТ можно обобщить следующим образом.

Значительная часть лиц с черепно-мозговой травмой имела предтравматический диагноз психического расстройства. K.R. Gould и соавт. [19] оценивали взрослых с преимущественно умеренной или тяжелой ЧМТ на предмет предтравматического психического расстройства и наблюдали за данной когортой (N=102) в течение 12 месяцев после травмы. Нейропсихиатрическое расстройство диагностировалось с помощью SCID. Более половины участников имели предтравматические SUD, расстройство настроения или тревожное расстройство. В ретроспективном исследовании 100 больных с легкой и тяжелой ЧМТ, где использовалось SCID для диагностики психиатрических расстройств до и после травмы, R. Wehlan-Goodinson и соавт. [18] обнаружили, что у 52% выборки имелся психиатрический диагноз до травмы.

Нейропсихиатрические расстройства распространены после черепно-мозговой травмы, в большинстве случаев развиваясь в течение первого года



после неё. K.R. Gould указывает, что 60,8% больных исследуемой выборки был поставлен нейропсихиатрический диагноз, преимущественно расстройств настроения и тревожных расстройств, в течение первого года после травмы [19]. Y. Alway и соавт. наблюдали за группой взрослых с черепно-мозговой травмой средней и тяжелой степени в течение 5 лет [1]. Психиатрические расстройства диагностировались с помощью SCID, и 75,2% пациентов из их выборки поставлен нейропсихиатрический диагноз в течение указанного периода наблюдения, причём, большинство расстройств возникло в течение первого года после травмы.

Хотя у значительного числа перенесших ЧМТ отмечалось уже имеющееся психическое расстройство, после травмы диагностируется много новых или видоизмененных нейропсихиатрических расстройств. Y. Alway обнаружено, что у 45,8% лиц исследуемой когорты развилось новое или видоизмененное нейропсихиатрическое расстройство [1]; K.R. Gould отмечает, что у 56,5% исследуемых в когорте развилось новое расстройство, которого не было до травмы [19].

Сроки возникновения нейропсихиатрических расстройств различаются в зависимости от наличия или отсутствия ранее существовавшего психического расстройства. У лиц с ранее существовавшим психическим расстройством часто после ЧМТ диагностируется нейропсихиатрическое расстройство при первоначальной оценке или в течение первых 6 месяцев, следующих за моментом травмы. Однако у лиц без предшествующего психиатрического анамнеза в дальнейшем часто развивается первичное нейропсихиатрическое расстройство в течение первого года после полученной травмы [3, 19].

Некоторые нейропсихиатрические расстройства могут со временем становиться менее выраженными, в то время как другие являются стабильными.



У. Alway обнаружено, что тревожные расстройства с течением времени значительно уменьшались, в то время как расстройства настроения и SUD оставались стабильными [1]. R. Whelan-Goodinson сообщает о снижении SUD в нескольких новых случаях [18].

Нейропсихиатрические расстройства после ЧМТ, как правило, возникают одновременно. У. Alway обнаружено, что тревожность и SUD возникают одновременно [1]. Тревожные и депрессивные расстройства также имеют тенденцию возникать одновременно после ЧМТ [3, 18, 19]. Тяжесть травмы является неопределённым фактором, поскольку проявления нейропсихиатрических расстройств имеют тенденцию ослабевать со временем при умеренных и тяжелых травмах головного мозга, но могут усиливаться в дальнейшем при легкой черепно-мозговой травме.

Таким образом, для лечебно-диагностической практики при наличии при перенесенных ЧМТ психических (нейропсихиатрических) расстройств имеют значение следующие их особенности. Данная патология возникает в течение первого года после ЧМТ (при предшествовавшем психическом расстройстве – в течение 6 месяцев), чаще – в виде расстройств настроения, тревожных и связанных с употреблением психоактивных веществ расстройств. Психиатрический диагноз до ЧМТ – значимый предиктор возникновения психического расстройства после ЧМТ. Психосоциальные последствия ЧМТ включают нарушения копинга и адаптации, утрату социальной поддержки, неспособность справляться со значимыми социальными ролями, что, в том числе, способствует психическим изменениям. Нейропсихиатрические и психосоциальные последствия ЧМТ зависят от тяжести травмы, места поражения, личностных ресурсов пострадавших и психосоциальных факторов. Симптомы сопутствующих ЧМТ расстройств могут перекрываться и ухудшать



течение их обоих. Необходимо дифференцировать, вызваны ли симптомы травмой мозга, предшествующим состоянием, психосоциальными последствиями травмы или же комбинацией данных факторов. При наличии до ЧМТ психического расстройства, после травмы может развиваться новая либо видоизмененная нейропсихиатрическая патология.

Некоторые психические расстройства со временем становятся менее выраженными, другие же демонстрируют стабильность. Различные нейропсихиатрические нарушения после ЧМТ, как правило, возникают одновременно. Тяжесть травмы, с точки зрения динамики нейропсихиатрических расстройств, является прогностически неопределённым фактором. У наблюдавшихся нами больных с боевой ЧМТ вышеописанные особенности проявились следующим образом: после легкой ЧМТ без подтверждённого преморбидного психиатрического анамнеза – проявления посттравматического стрессового расстройства с транзиторным шизофреноподобным психозом реактивного характера, достаточно быстрое нарастание когнитивного снижения, прогрессирующие личностные изменения (на фоне дефицитарности личностных ресурсов, социальной поддержки), а после тяжёлой ЧМТ – отсутствие отчетливых проявлений боевого посттравматического стресса, более медленное нарастание когнитивного снижения и личностных изменений (при достаточных личностных ресурсах и социальной поддержке).

Источники и литература / Sources and references:

1. Alway Y., Gould K.R., Johnston L. et al. A prospective examination of axis I psychiatric disorders in the first 5 years following moderate to severe traumatic brain injury. Psychol. Med. 2016; 46(6): 1331-1341.



2. van Reekum R., Cohen T., Wong J. Can traumatic brain injury cause psychiatric disorders? J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2000; 12(3): 316-327.
3. Ponsford J., Alway Y., Gould K.R. Epidemiology and natural history of psychiatric disorders after TBI. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2018; 30(4): 262-270.
4. Oddy M. Psychosocial consequences of brain injury. In: R.J. Greenwood, T.M. McMillan, M.P. Barnes, C.D. Ward (Eds.), Handbook of Neurological Rehabilitation. Psychology Press; 2005:469-478.
5. Mundluru J., Subhan A., Lo T.W.B. et al. Neuropsychiatric presentations due to traumatic brain injury in cognitively normal older adults. J. Neurotrauma. 2021; 38(5): 566-572.
6. Ciurli P., Formisano R., Bivona U. et al. Neuropsychiatric disorders in persons with severe traumatic brain injury: prevalence, phenomenology, and relationship with demographic, clinical, and functional features. J. Head. Trauma Rehabil. 2011; 26(2): 116-126.
7. Humphreys I., Wood R.L., Phillips C.J., Macey S. The costs of traumatic brain injury: a literature review. Clinicoecon. Outcomes Res. 2013; 5: 281-287.
8. Scholten A.C., Haagsma J.A., Cnossen M.C. et al. Prevalence and risk factors for anxiety and depressive disorders after traumatic brain injury: a systematic review. J. Neurotrauma. 2016; 33(22): 1969-1994.
9. Pepping M., Roueche J.R. Psychosocial consequences of significant brain injury. In: D.E. Tupper, K.D. Cicerone (Eds.), The Neuropsychology of everyday life: issues in development and rehabilitation. Kluwer Academic Publishers; 1991: 215-256.
10. Gainotti G. Emotional and psychosocial problems after brain injury. Neuropsychological Rehabilitation. 1993; 3: 259-277.



11. Bennett M.E., Gjonbalaj-Marovic S. The problem of dual diagnosis. In: D.C. Beidel, B.C. Frueh (Eds.), Adult psychopathology and diagnosis, Eighth Edition. Wiley; 2018: 45-104.
12. Kim E., Lauterbach E.C., Reeve A. et al. Neuropsychiatric complications of traumatic brain injury: a critical review of the literature (a report by the ANPA Committee on Research). J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2007; 19(2): 106-127.
13. Morton M.V., Wehman P. Psychosocial and emotional sequelae of individuals with traumatic brain injury: a literature review and recommendations. Brain Inj. 1995; 9(1): 81-92
14. Arciniegas D.B., Topkoff J., Silver J.M. Neuropsychiatric aspects of traumatic brain injury. Curr. Treat. Options Neurol. 2000; 2(2): 169-186.
15. Albrecht J.S., Abariga S.A., Rao V., Wickwire E.M. Incidence of new neuropsychiatric disorder diagnoses following traumatic brain injury. J. Head. Trauma Rehabil. 2020; 35(4): E352-E360.
16. Lauterbach M.D., Notarangelo P.L., Nichols S.J. et al. Diagnostic and treatment challenges in traumatic brain injury patients with severe neuropsychiatric symptoms: insights into psychiatric practice. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2015; 11: 1601-1607.
17. Diaz A.P., Schwarzbald M.L., Thais M.E. et al. Psychiatric disorders and health-related quality of life after severe traumatic brain injury: a prospective study. J. Neurotrauma. 2012; 29: 1029-1037.
18. Whelan-Goodinson R., Ponsford J., Johnston L., Grant F. Psychiatric disorders following traumatic brain injury: their nature and frequency. J. Head Trauma Rehabil. 2009; 24: 324-332.



19. Gould K.R., Ponsford J., Johnston L., Schönberger M. The nature, frequency and course of psychiatric disorders in the first year after traumatic brain injury: a prospective study. Psychol. Med. 2011; 41(10): 2099-2109.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
УЧАСТНИКАМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПТСР
НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ**

Филиппова Л. М.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель – А. С. Яковлев

Аннотация. Посттравматическое стрессовое расстройство является важной проблемой психического здоровья среди участников боевых действий. Травматический опыт, связанный с непосредственным участием в военных конфликтах, оказывает глубокое влияние на психику, приводя к нарушению эмоционального и психофизического состояния человека. Данная статья посвящена изучению клинико-психологических аспектов посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий, а также современных подходов оказания психиатрической помощи военнослужащим на этапах медицинской эвакуации.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, реакция боевого стресса, театр военных действий, медицинская сортировка, реинтрузия, когнитивно-поведенческая терапия, психофармакотерапия.



PRACTICAL ASPECTS OF PROVIDING ASSISTANCE TO COMBAT PARTICIPANTS WITH PTSD AT THE STAGES OF MEDICAL EVACUATION

Filippova L. M.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific supervisor – Yakovlev A. S.

Abstract. Posttraumatic stress disorder is an important mental health problem among combatants. Traumatic experiences associated with direct participation in military conflicts have a profound impact on the psyche, leading to a violation of the emotional and psychophysical state of a person. This article is devoted to the study of clinical and psychological aspects of posttraumatic stress disorder in combatants, as well as modern approaches to providing psychiatric care to military personnel at the stages of medical evacuation.

Keywords: post-traumatic stress disorder, combat stress reaction, theater of operations, medical triage, reintrusion, cognitive-behavioral therapy, psychopharmacotherapy.

Введение

Понятие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является одним из наиболее актуальных состояний, возникающих у людей, переживших сильное психотравмирующее воздействие угрожающего или катастрофического характера [1]. Особое место в исследованиях, связанных с ПТСР, занимает его развитие у военнослужащих, чьи переживания связаны с экстремальными условиями военных действий, потерей боевых товарищей, жестокими сценами насилия, постоянной угрозой смерти и другими психотравмирующими событиями. Актуальность исследования ПТСР у военнослужащих обусловлена



высоким уровнем распространённости этого расстройства среди ветеранов боевых действий. При этом участники военных конфликтов подвержены серьёзным психическим травмам, последствия которых могут оставаться на протяжении всей жизни, ухудшая её качество и затрудняя социальную адаптацию [2]. Поддержка участников и ветеранов вооружённых конфликтов с симптомами посттравматического стрессового расстройства является актуальной задачей, требующей кропотливой работы специалистов в области психиатрии и клинической психологии. Важность изучения этой темы заключается в необходимости разработки эффективных методов ранней диагностики, коррекции и реабилитации ПТСР, с учётом особенностей военных конфликтов и специфики психической травмы, получаемой в условиях войны.

Объекты и методы исследования

Цель данного исследования - изучить посредством обзора литературы клинико-психологические аспекты ПТСР у участников боевых действий, а также современные подходы оказания психиатрической помощи военнослужащим на этапах медицинской эвакуации. Объектами и методами исследования являются анализ литературных источников и обобщение научной литературы.

Результаты и их обсуждение

Особенности протекания ПТСР у участников боевых действий были установлены эмпирически. Для выявления посттравматического стрессового расстройства специалист главным образом использует клинический метод: собирает жалобы и анамнез пациента и оценивает его психическое состояние. Для того, чтобы поставить диагноз ПТСР, необходимо наличие в анамнезе ситуации угрожающего, катастрофического характера, а также установление связи между возникшими психологическими проявлениями и перенесенной



психотравмой [3]. Симптомы ПТСР длятся не менее нескольких недель и вызывают значительное ухудшение психологического состояния.

Ключевыми проявлениями посттравматического стресса у участников боевых действий являются реинтрузии – переживания элементов травматического события в настоящем времени в форме флэшбеков, сопровождающихся страхом или ужасом, а также в виде ночных кошмаров с содержанием пережитого травматического опыта. Эти эпизоды сопровождаются избеганием напоминаний о травме и эмоциональным оцепенением, а также повышенной возбудимостью – раздражительностью, вспышками агрессии и проблемами со сном. Пациенты испытывают глубокую вину за действия или выживание («вина, выжившего»), недоверие к окружающим, постоянное ожидание угрозы («боевая настороженность»), сложности с адаптацией к гражданской жизни, они социально изолируются [4]. Зачастую ПТСР сопровождается депрессией, алкоголизмом, суицидальными мыслями. В некоторых случаях развивается потеря памяти на стрессовое событие, что интерпретируется как адаптивная реакция центральной нервной системы на психотравму.

Особое внимание следует уделить срокам перенесенного стресса, поскольку симптомы ПТСР формируются в течение полугода после пережитого стрессового воздействия. При позднем дебюте ПТСР необходимо выявить факторы или события, спровоцировавшие манифестацию симптоматики. Немаловажное значение также имеет проведение тщательного физикального и неврологического осмотра больных с симптомами ПТСР.

Выявление признаков черепно-мозговой травмы и мониторинг состояния контуженных – важная составляющая помощи.



Для повышения эффективности лечения рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии [5]. Установлено, что психотерапевтические методы являются высокоэффективными в терапии посттравматического стрессового расстройства, причем в отношении длительности сохранения эффекта психотерапия оказалась более эффективной, чем фармакотерапия. Наиболее убедительные доказательства эффективности демонстрирует когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная на травме (ТФ-КПТ), в том числе ее отдельные варианты, включая КПТ с пролонгированной экспозицией, когнитивно-процессуальную психотерапию, нарративную экспозиционную психотерапию, а также десенсибилизацию и переработку психотравмы движениями глаз [6].

Ограниченное использование психотерапевтических методов у военнослужащих связано с нехваткой времени, большим количеством пострадавших, а также ограниченным числом специалистов, работающих в зоне боевых действий. Также следует помнить, что в процессе психологической диагностики не рекомендуется избыточное использование большого количества тестовых методик, поскольку у комбатантов это часто приводит к негативным эмоциям и затрудняет формирование доверительного контакта.

Для эффективного лечения участников боевых действий, необходимо осуществление медицинской сортировки как по степени тяжести (предболезненный, пограничный, психотический), так и по предполагаемому сроку дезадаптации, в основе которого военнослужащие распределяются по трем категориям [7].

К первой группе следует относить военнослужащих с кратковременными стрессовыми реакциями, выведенных из строя на короткий период. Лечение таких пострадавших должно осуществляться непосредственно на месте службы.



Данные пациенты обязаны быть возвращены в свои подразделения в течение 1 суток.

Нужно стремиться к тому, чтобы все пострадавшие психиатрического профиля проходили первый этап медицинской помощи, включающий выявление и коррекцию психических расстройств непосредственно в своих частях и подразделениях. Такой подход мог бы позволить на уровне звена определять прогноз среди военнослужащих.

Однако для этого требуется хотя бы краткосрочная подготовка военных врачей или фельдшеров по военной психиатрии. Ведь в настоящее время не предусмотрено военнослужащих врачей-психиатров в войсковом звене. Учитывая то, что на первом этапе отсутствуют специалисты в области психиатрии и нет времени на дифференциальную диагностику, следует избегать постановки диагноза, лечение должно быть простым и кратковременным. По этим причинам, на данном этапе главным является обеспечение пострадавшему удовлетворения базовых физиологических потребностей организма, включая сон, питание, восстановление водного баланса, гигиену и терморегуляцию. Стоит отметить, что основным критерием для возвращения в строй является не полное выздоровление, а способность военнослужащего действовать соответственно боевой обстановке.

Пациенты с признаками контузии, а также с затянувшимися до двух суток проявлениями посттравматического стрессового расстройства эвакуируются на второй этап оказания психиатрической помощи [8]. Вторую и третью категорию следует относить к санитарным потерям. Ко второй категории относятся пострадавшие, нуждающиеся в лечении длительностью до 5-7 суток. При наличии медико-психологической группы, включающей в себя врача-психиатра и медицинского психолога, возможно оказание всего объема



необходимой помощи. Но зачастую происходит смешение функций первого и второго уровней оказания психиатрической помощи, что приводит к ухудшению исходов боевого стресса. Поскольку на данном этапе требуется лечение большого количества пострадавших, психотерапия должна быть непродолжительной, простой и, в то же время, эффективной.

В случае психомоторного возбуждения предпочтительны бензодиазепиновые транквилизаторы, обладающие быстрым эффектом и анксиолитическим действием, например, феназепам. При этом их применение должно быть разовым во избежание кумуляции седативного эффекта. Использование антипсихотических препаратов на втором этапе нецелесообразно ввиду риска падения боеспособности и возможного искажения клинической картины в дальнейшем. Применение антидепрессантов также не оправдано вследствие необходимости длительного приема и необходимостью в его назначении врача-психиатра. Седативные препараты применяются при выраженной бессоннице. В настоящее время рассматривается потенциал гидрокортизона в качестве «предупреждения» ПТСР у военнослужащих, получивших контузии и другие травмы, для ослабления тревоги и неврологической симптоматики [9].

Тем не менее, его профилактическая и терапевтическая эффективность требует дальнейшего клинического подтверждения. В случае отсутствия положительной динамики на фоне терапии в течение 7 дней – необходимо эвакуировать пострадавших на третий этап оказания психиатрической помощи.

К третьей категории следует относить военнослужащих с тяжелыми психическими расстройствами, нуждающихся в более длительном стационарном лечении и эвакуации в психиатрические отделения военных госпиталей, либо в ближайшие гражданские психиатрические стационары. Не менее важной



задачей психофармакотерапии на третьем этапе является обеспечение безопасной транспортировки больных посредством применения доступных инъекционных форм транквилизаторов (феназепам, диазепам), седативных нейролептиков (хлорпромазин, хлорпротиксен, алимемазин), нейролептиков (зуклопентиксол, трифлуоперазин, перфенназин, галоперидол). На третьем этапе оказания помощи проводится весь необходимый объем психофармакотерапии тяжелых и затяжных психических расстройств.

Мероприятия по первичной профилактике способствуют снижению субъективной травматичности экстремальных боевых событий, поддерживают и укрепляют адаптационные ресурсы вне зависимости от условий, формируют основу для последующей коррекции посттравматических стрессовых расстройств [10]. Основу военно-психиатрической помощи составляют три ключевых момента, которые были сформулированы Т. Сальмоном по итогам Первой мировой войны: близость психиатрической помощи к линии фронта, безотлагательность и простота лечения, прогностический оптимизм. Такие подходы предполагают быстрое оказание помощи вблизи мест, где происходят боевые действия и восприятие военных как тех, кто временно не может участвовать в сражении. В дальнейшем, в ходе Корейской войны данные положения были адаптированы и расширены А. Глассом в системе медицинской службы американской армии. Устойчивость к боевому стрессу достигается путем профессиональной подготовки, включающей боевое слаживание, развитие доверительных отношений между участниками боевых действий и эффективной коммуникации в воинском коллективе. Подготовка должна проходить в приближенных к реальным условиям. Следует усвоить четкие модели поведения в бою и при выживании, а также овладеть навыками тактической медицины. Такая комплексная подготовка формирует чувство



уверенности в себе, своем вооружении и командирах, а также в боевых товарищах. Снижение психотравмирующего воздействия достигается стабильным и авторитетным командованием, слаженностью действий, наличием опытных офицеров, снабжением и медицинским обеспечением.

Чтобы военнослужащие смогли адаптироваться к новым условиям службы, необходимо предусматривать время на акклиматизацию. Психологическое состояние военнослужащих улучшается при их информированности о задачах и сроках операций, снижении дезинформации, минимизации дополнительных стрессов и обеспечении хотя бы кратковременного сна. В основе восстановления после боевой психической травмы лежит метод Сальмона-Гласса, который получил название BICEPS, отражающую шесть ключевых принципов: Brief – кратковременная (в течение первых трех суток), Immediate – незамедлительная (при первых признаках утраты боеспособности), Central – централизованная (в специализированных пунктах отдельно от терапевтических и хирургических пациентов), или Contact – контактная (поддержание связи с подразделением), Expect – выжидательная (установка на возвращение в строй как можно скорее), Proximal – проксимальная (близость месту службы) и Simple – простая (отдых и трехразовое питание без каких-либо замысловатых методов).

Соблюдение принципов модели BICEPS существенно снижает санитарные потери и повышает вероятность возвращения к службе. Опыт вооруженных конфликтов XX - начала XXI века показывает, что при их соблюдении около 70% военнослужащих с боевыми стрессовыми реакциями возвращаются к службе в течение трех-четырех дней.

На театре военных действий замена личного состава на передовой рекомендуется не позднее, чем через полгода, желательно каждые 3 месяца. При



интенсивных действиях, таких как наступление, окружение или прикрытие отступления – оптимальным считается интервал в 2 недели. При значительных боевых потерях необходимость замены может возникать уже через несколько суток.

Важным аспектом остается необходимость индивидуализированного подхода, учитывающего уникальные переживания каждого военнослужащего и его личную психологическую подготовленность.

Заключение

Эффективная коррекция посттравматического стрессового расстройства требует комплексного лечения, сочетающего современные психотерапевтические методы, медикаментозное лечение и социальную поддержку. Особое значение имеют раннее выявление симптомов, осуществление медицинской сортировки и организация системной помощи военнослужащим. Опыт оказания психиатрической помощи на войне демонстрирует, что несоблюдение профилактических мероприятий и коррекции боевого стресса безоговорочно ведет к большим санитарным потерям в связи с психическими расстройствами и увеличению числа ветеранов с психологическими нарушениями после войны.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что соблюдение требований к организации психиатрической помощи в условиях боевых действий обеспечивает уменьшение потерь и способствует снижению числа психических нарушений в отдаленном периоде. Не менее значимым является развитие программ реабилитации и социальной адаптации для ветеранов, с целью облегчить их интеграцию в общество и поддержать их на пути восстановления. В условиях, когда последствия боевых действий продолжают сказываться на психическом состоянии людей, научные исследования и дальнейшее



совершенствование методов помощи ветеранам остаются ключевыми для улучшения их благополучия и качества жизни.

Источники и литература / Sources and references:

1. Васильева А. В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11 // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2022. - Т. 122, № 10. — С. 72–81. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro202212210172>.
2. Васильева А. В., Караваева Т. А., Радионов Д. С. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства — интеграция опыта чрезвычайной ситуации // Консультативная психология и психотерапия. - 2023. -Т. 31, № 3. — С. 47–68. DOI: 10.17759/cpp.2023310303.
3. Винский А. А., Маркелов В. В., Оплетин Е. В., Клишин И. В. Травматические следы военных конфликтов: посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов и пути их поддержки // Вестник УГМУ. — 2024. — № 2. — С. 53–60. EDN: ZNUOKM.
4. Гнездилов Г. В., Шевченко Н. В. Современные методы психологической работы с посттравматическим стрессовым расстройством у военнослужащих // Экстремальная психология и безопасность личности. - 2024. - Т. 1, № 2. - С. 50–60. DOI: 10.17759/epps.2024010204.
5. Дымова Е. Н. Ретроспективный анализ посттравматического стресса в годы Великой Отечественной войны [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. - 2021. - Т. 10, № 3. - С. 1–16. DOI: 10.17759/cpse.2021100301.
6. Емельянова И. В. Психологическая реабилитация ветеранов боевых действий: отечественный и зарубежный опыт // Психология экстремальных ситуаций. - 2021. - № 2. -С. 15–21.



7. Зеленина Е. А. Особенности адаптации после психического травматического стресса у военнослужащих, выполнявших специальные задачи // Вестник Российской военно-медицинской академии. -2023. - № 3. - С. 45–52.
8. Карасёв А. В., Петрова Н. И. Особенности течения посттравматического стрессового расстройства у участников локальных конфликтов // Вестник психотерапии. -2022. - № 3. - С. 45–51.
9. Попкова Н. А. Психологические особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий / Н. А. Попкова // Молодой ученый. - 2023. - № 48 (495). -С. 286–288. URL: <https://moluch.ru/archive/495/108431/> (дата обращения: 03.05.2026).
10. Соловьёв Д. М., Черепанова Н. А. Современные подходы к лечению ПТСР у военнослужащих: фармакотерапия и психотерапия // Военно-медицинский журнал. - 2023. - № 5. - С. 37–42.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И АДАПТАЦИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Шатских А. Е.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научный руководитель - доцент Г.В. Акименко

Аннотация. В статье представлен обзор современных исследований, посвященных проблеме стрессоустойчивости и адаптации студентов-медиков к экстремальным условиям профессиональной подготовки и потенциальной работы в кризисных ситуациях. Анализируются физиологические и психологические механизмы стресс-реагирования, рассматриваются подходы к



подготовке будущих врачей к работе в условиях пандемий, чрезвычайных ситуаций и высокой клинической нагрузки. Особое внимание уделяется программам развития стрессоустойчивости, включая тренинги и симуляционное обучение. На основе анализа литературы выявлены ключевые факторы, влияющие на успешность адаптации.

Ключевые слова: стрессоустойчивость, адаптация, студенты-медики, экстремальные условия, симуляционное обучение, управление стрессом.

**STRESS RESISTANCE AND ADAPTATION
OF FUTURE DOCTORS IN EXTREME CONDITIONS:
LITERATURE REVIEW**

Shatskikh A. E.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Scientific Supervisor - G.V. Akimenko

Abstract. The article provides an overview of current research on the problem of stress resistance and adaptation of medical students to extreme conditions of professional training and potential work in crisis situations. The physiological and psychological mechanisms of stress response are analyzed, and approaches to preparing future doctors for work in conditions of pandemics, emergencies, and high clinical load are considered. Special attention is paid to stress resistance development programs, including training and simulation training. Based on the analysis of the literature, key factors influencing the success of adaptation are identified.

Keywords: stress resistance, adaptation, medical students, extreme conditions, simulation training, stress management.



Введение

Актуальность исследования стрессоустойчивости будущих врачей обусловлена рядом факторов современного здравоохранения. Медицинское образование традиционно характеризуется высоким уровнем академической нагрузки, интенсивным графиком обучения и необходимостью усвоения большого объема информации в сжатые сроки [1, с. 2]. Однако в последние годы к этим факторам добавились новые вызовы: пандемия COVID-19, рост числа чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, а также увеличение частоты массовых поражений в результате военных конфликтов и террористических актов [2, с. 1].

Современные реалии таковы, что студенты-медики все чаще привлекаются к оказанию помощи в кризисных ситуациях еще на этапе обучения. Как отмечается в систематическом обзоре Ashcroft и соавт. (2020), «студенты, прошедшие соответствующую подготовку, могут играть важную роль в управлении пандемией» [2, с. 2]. Это требует пересмотра подходов к подготовке будущих врачей с акцентом на развитие стрессоустойчивости и адаптационных способностей.

Проблема усугубляется тем, что уровень стресса среди студентов-медиков остается стабильно высоким. Согласно данным систематического обзора Bin Abdulrahman и соавт. (2026), среди 2 334 студентов-медиков 72,7% сообщают об умеренном уровне стресса, а 16,3% — о высоком [1, с. 2]. При этом показательно, что лишь 11% студентов характеризуют свой уровень стресса как низкий [1, с. 3]. Хронический стресс в медицинской среде связывают с развитием синдрома выгорания, снижением эмпатии и ухудшением качества медицинской помощи [3, с. 2].



Настоящий обзор направлен на систематизацию современных данных о природе стресса у студентов-медиков, факторах, влияющих на их адаптацию к экстремальным условиям, а также эффективных подходах к развитию стрессоустойчивости в процессе профессиональной подготовки.

Концептуализация стресса в медицинском образовании

В современной научной литературе стресс у студентов-медиков рассматривается как многомерное явление, представляющее собой взаимодействие между внутренними адаптационными ресурсами личности и внешними академическими и клиническими нагрузками [1, с. 3]. Эта концептуальная рамка восходит к фундаментальным работам Ганса Селье, который определял стресс как «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» [1, с. 3].

Особенность стресса в медицинском образовании заключается в его уникальной природе. Как подчеркивается в литературе, «студенты несут на своих плечах потенциальную ответственность за жизни, которые могут быть им доверены в будущем» [1, с. 3]. Эта экзистенциальная нагрузка придает стрессу качественно иной характер по сравнению с другими образовательными контекстами.

Физиологические механизмы стресс-реагирования

Важным направлением современных исследований является изучение физиологических коррелятов стресса у студентов-медиков. В обзоре, проведенном Миллс Б. (2024), анализируются данные 22 исследований, в которых регистрировались физиологические и психофизиологические реакции участников на стрессовые сценарии обучения [4, с. 2]. Наиболее часто измеряемыми объективными показателями выступали вариабельность сердечного ритма и уровень кортизола в слюне [4, с. 4].



Особый интерес представляет феномен предвосхищающей тревоги (anticipatory anxiety), выявленный в нескольких исследованиях [4, с. 5]. Студенты, заранее информированные о предстоящем стрессовом сценарии, демонстрируют физиологическую стресс-реакцию еще до начала самого события. Это имеет важное практическое значение для организации симуляционного обучения.

Ключевым выводом современных исследований является признание того, что стресс в обучении имеет как позитивные, так и негативные аспекты. Как отмечается в обзоре Mills и соавт., «приемлемый уровень стресса во время симуляции может быть полезным, однако существует точка, превышение которой делает стресс препятствием для обучения, приводящим к снижению результатов» [4, с. 2].

Работы Эшкрофт Дж., Бирн М. Х. В., Бреннан П. А., Дэвис Р. Дж. показывают, что повышенный уровень кортизола коррелирует с улучшением запоминания и медицинских показателей у стажеров [4, с. 5]. В то же время Грей П. выявили, что более высокие уровни кортизола после воздействия стресса связаны с ухудшением памяти и более низкой успеваемостью [4, с. 2]. Эти противоречивые данные указывают на существование индивидуальной «зоны оптимального стресса», которая варьируется у разных студентов.

Факторы, влияющие на адаптацию будущих врачей к экстремальным условиям

Анализ литературы позволяет выделить три основные категории стрессоров, с которыми сталкиваются студенты-медики: академические трудности, социальные барьеры и финансовые проблемы [1, с. 3]. Основной причиной стресса часто выступает «огромный объем и сложность знаний, которые они должны усвоить» [1, с. 3]. Анатомия, физиология, фармакология,



клинические дисциплины — каждая из этих областей предъявляет высокие требования к когнитивным ресурсам студентов.

Особую роль играют стрессоры, связанные с клинической практикой. Как подчеркивается в литературе, «медицинские стажеры должны преодолевать трудности, присущие их клиническим обязанностям, справляться с эмоциональной нагрузкой, вызванной воздействием болезней и страданий» [1, с. 3].

Исследования показывают, что успешность адаптации к стрессу во многом определяется используемыми копинг-стратегиями. Выделяются три основных типа стратегий: проблемно-ориентированные (активное выявление источника стресса и принятие мер), эмоционально-ориентированные (регуляция эмоций через релаксацию и практики осознанности) и стратегии социальной поддержки (обращение к друзьям, семье или наставникам) [1, с. 4].

Бин Абдулрахман. обнаружил, что студенты, выбирающие активные стратегии совладания со стрессом, демонстрируют более высокое чувство самоэффективности [1, с. 4]. Это подчеркивает важность обучения адаптивным копинг-стратегиям в процессе медицинского образования.

Социальная поддержка выступает значимым фактором, смягчающим воздействие стресса. В исследовании Абдул Азиз (2021) установлено, что «социальная поддержка со стороны семьи является наиболее сильным фактором для студентов, помогающим им пережить трудные времена» [1, с. 4]. Этот вывод имеет важные импликации для организации психологической поддержки студентов-медиков.

Систематический обзор Ashcroft и соавт. (2020) включил 23 исследования, описывающих программы подготовки студентов-медиков к пандемиям и



катастрофам [2, с. 2]. Длительность программ варьировалась от 1 до 28 дней, при этом медианная продолжительность обучения составляла 2 дня [2, с. 2].

Методы обучения включали лекции, симуляции, ролевые игры, групповые дискуссии, кейс-стади и онлайн-обучение [2, с. 3-4]. Важно отметить, что 18 из 23 исследований использовали дизайн с пред- и пост-тестированием, и все они продемонстрировали улучшение показателей знаний, отношения и навыков после прохождения программ [2, с. 2].

Авторы обзора приходят к выводу, что «внедрение программ подготовки к катастрофам для студентов-медиков улучшает их подготовленность, знания и навыки, которые важны в условиях пандемии» [2, с. 2].

Симуляционное обучение высокоинтенсивным клиническим сценариям

Симуляционное обучение занимает центральное место в подготовке будущих врачей к экстремальным ситуациям. Как отмечается в литературе, «симуляция высокоинтенсивных ситуаций является критически важным способом знакомства студентов с потенциальными клиническими сценариями, с которыми они могут столкнуться в начале своей карьеры» [4, с. 5].

Однако эффективность симуляционного обучения зависит от множества факторов. Присутствие супервизоров или оценщиков во время симуляции, как показано в исследованиях, усиливает стрессовую реакцию студентов [4, с. 5]. Кроме того, некоторые исследования указывают, что симуляция не всегда способна полностью воспроизвести уровень стресса, возникающий при работе с реальным пациентом в операционной [4, с. 5].

Современные подходы к подготовке к катастрофам все больше внимания уделяют развитию ситуационной осведомленности (situational awareness) и «менталитета готовности к катастрофам» (disaster mindset) [5, с. 1].



Ситуационная осведомленность предполагает способность точно воспринимать, понимать и реагировать на элементы окружающей среды в динамичных и стрессовых ситуациях [5, с. 3].

Обзор технологических подходов к развитию этих компетенций показывает, что наиболее перспективными являются иммерсивные технологии — виртуальная и дополненная реальность, геоинформационные системы и инструменты искусственного интеллекта [5, с. 2]. Эти технологии позволяют создавать реалистичные сценарии для отработки навыков принятия решений в условиях стресса.

Программы развития стрессоустойчивости: эффективность и ограничения

В систематическом обзоре Бин Абдулрахман, К. А., Хефни, М., и Альгамди, С. А. (2026) проанализированы девять исследований, посвященных программам управления стрессом для студентов-медиков [1, с. 2]. Выделены следующие основные типы интервенций:

1. Программы развития резильентности — направлены на формирование способности адаптироваться к изменениям и вызовам, требуя ментальной, поведенческой и эмоциональной гибкости [3, с. 2].

2. Программы майндфулнес (MBSR) - основаны на практиках осознанности и снижения стресса.

3. Воркшопы по благополучию и самопомощи — обучают практическим техникам управления эмоциональным дистрессом [1, с. 2].

Программы управления стрессом также включают создание устойчивых систем поддержки психического здоровья в образовательных учреждениях, интеграцию образования по управлению тревогой в регулярную учебную



программу и формирование среды, где обсуждение трудностей поощряется, а не стигматизируется [1, с. 2].

Обсуждение

Анализ литературы выявляет ряд противоречий, требующих дальнейшего изучения. Во-первых, не до конца ясно, в какой степени симуляция способна воспроизводить психофизиологический стресс реальной клинической работы. Некоторые исследования показывают, что симуляция обеспечивает более высокий уровень стресса, чем эквивалентная клиническая работа, другие — что более низкий [4, с. 5].

Во-вторых, отсутствует детальное обсуждение переменных, связанных со стресс-реакцией студентов, включая предсуществующие стили совладания и воспринимаемую интенсивность стресса [4, с. 5]. Это затрудняет точную оценку эффективности интервенций.

Практические рекомендации

На основе обобщенных данных можно предложить следующие рекомендации для медицинских образовательных учреждений:

1. Интеграция подготовки к чрезвычайным ситуациям в учебные программы с использованием симуляционных технологий [2, с. 2].
2. Внедрение программ управления стрессом с акцентом на развитие активных копинг-стратегий [1, с. 4].
3. Индивидуальный подход к оценке уровня стресса студентов с учетом того, что оптимальный уровень стресса варьируется между обучающимися [4, с. 5].
4. Развитие систем социальной поддержки, включая наставничество и психологическую помощь [1, с. 4].
5. Использование иммерсивных технологий для развития ситуационной осведомленности [5, с. 2].



Заключение

Проблема стрессоустойчивости и адаптации будущих врачей к экстремальным условиям приобретает особую значимость в современном мире, характеризующемся ростом числа чрезвычайных ситуаций и кризисов в здравоохранении. Проведенный обзор литературы позволяет сделать вывод о том, что стресс в медицинском образовании является сложным, многомерным феноменом, который при определенных условиях может как способствовать, так и препятствовать профессиональному развитию.

Современные исследования демонстрируют, что целенаправленная подготовка студентов-медиков к работе в экстремальных условиях, включающая симуляционное обучение, развитие ситуационной осведомленности и программы управления стрессом, способствует улучшению их подготовленности и клинических навыков. Особенно перспективными представляются программы развития резильентности, которые, согласно данным мета-анализа, оказывают умеренное положительное влияние на уровень стресса и небольшое — на уровень самой резильентности.

Вместе с тем, существующая доказательная база имеет существенные методологические ограничения. Высокий уровень гетерогенности интервенций, малые размеры выборок, использование самоотчетов и отсутствие лонгитюдных данных требуют осторожности при интерпретации результатов. Дальнейшие исследования должны быть направлены на преодоление этих ограничений, что позволит разработать научно обоснованные рекомендации для медицинских образовательных учреждений по подготовке будущих врачей к работе в экстремальных условиях.



Источники и литература / Sources and references:

1. Bin Abdulrahman, K. A., Hefny, M., & Alghamdi, S. A. (2026). The value of stress management programs for medical students: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, 13, 1737330.
2. Ashcroft, J., Byrne, M. H. V., Brennan, P. A., & Davies, R. J. (2020). Preparing medical students for a pandemic: a systematic review of student disaster training programmes. *Postgraduate Medical Journal*, 97(1148), 368-379.
3. Gray, P., et al. (2026). The effect of resilience training on resilience and stress in medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, 26, 7.
4. Mills, B., et al. (2024). Too stressed to think? A scoping review of the literature for healthcare educators utilising high acuity clinical scenarios. *BMC Medical Education*, 24, 990.
5. (2025). Situational awareness and disaster mindset in disaster medicine education: a scoping review of technology integration. *Online Journal of Public Health Informatics*.

ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

Ширинская А. Д.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»,
Россия, г. Донецк

Аннотация. В статье рассматриваются психологические особенности личности в условиях экстремальных воздействий и кризисных ситуаций, характеризующихся высокой степенью неопределённости, угрозой базовым жизненным ценностям и нарушением привычного образа жизни. Проанализированы отечественные теоретические подходы к пониманию



стрессоустойчивости, копинг-стратегий, посттравматических изменений и личностных ресурсов в кризисе (Л.И. Анцыферова, В.А. Бодров, А.Б. Леонова, В.В. Столин, Е.Ю. Махнач и др.). Особое внимание уделяется факторам, определяющим как дезадаптивные последствия (повышенная тревожность, ПТСР, профессиональное выгорание), так и возможности посттравматического развития и личностного роста. Представленный теоретический анализ создаёт методологическую основу для дальнейших эмпирических исследований в рамках диссертационной работы, нацеленных на выявление структурных компонентов устойчивости личности в экстремальных условиях.

Ключевые слова: экстремальные условия, кризисная ситуация, личность, стрессоустойчивость, копинг-стратегии, посттравматическое развитие, психологическая адаптация.

PSYCHOLOGY OF PERSONALITY IN EXTREME CONDITIONS AND CRISIS SITUATIONS

Shirinskaya A. D.

Donetsk State University, Russia, Donetsk,

Abstract. The article examines the psychological characteristics of a person in conditions of extreme impacts and crisis situations characterized by a high degree of uncertainty, a threat to basic life values and a violation of a habitual lifestyle. The article analyzes Russian theoretical approaches to understanding stress tolerance, coping strategies, post-traumatic changes and personal resources in crisis (L.I. Antsyferova, V.A. Bodrov, A.B. Leonova, V.V. Stolin, E.Yu. Makhnach, etc.). Special attention is paid to the factors determining both maladaptive consequences (increased anxiety, PTSD, professional burnout) and the possibility of post-traumatic development and personal growth. The presented theoretical analysis creates a methodological basis for further empirical research within the framework of the thesis



aimed at identifying the structural components of personality stability in extreme conditions.

Keywords: extreme conditions, crisis situation, personality, stress tolerance, coping strategies, post-traumatic development, psychological adaptation.

Введение

Современная социальная реальность отличается высокой плотностью экстремальных и кризисных событий: локальные вооружённые конфликты, террористические акты, техногенные и природные катастрофы, экономические кризисы, массовые инфекционные заболевания, а также острые личные кризисы (утрата, насилие, тяжёлая болезнь, семейные катастрофы). Эти события нарушают базовое чувство безопасности, подрывают доверие к миру и себе, провоцируют предельные психические состояния.

В отечественной психологии проблема личности в экстремальных условиях активно разрабатывается в контексте психологии стресса (Л.И. Анцыферова), психологии экстремальных ситуаций и профессий повышенного риска (В.А. Бодров, А.Б. Леонова), кризисной и травматической психологии (Н.В. Тарабрин, В.В. Столин, Е.Ю. Махнач, А.И. Юревич) [4, 5, 6]. Личность рассматривается не только как объект воздействия экстремальных факторов, но и как активный субъект, способный преобразовывать ситуацию и собственный опыт, используя имеющиеся ресурсы.

Проблема состоит в выявлении того, какие личностные особенности и социально-психологические условия способствуют сохранению психологического благополучия, адаптации и даже развитию в кризисе, а какие - увеличивают риск дезадаптации, формирования хронического стресса, посттравматических расстройств и профессионального выгорания. Это имеет



принципиальное значение для разработки программ психологической помощи, профилактики и реабилитации, а также для подготовки специалистов, работающих в экстремальных условиях (педагоги, психологи, медицинские работники, сотрудники силовых структур).

Объекты и методы исследования

Объектом теоретического анализа в статье выступает личность, функционирующая в условиях экстремальных и кризисных ситуаций.

Предметом анализа являются психологические особенности реагирования, механизмы совладания и личностные ресурсы, обеспечивающие (или затрудняющие) адаптацию в экстремальных условиях, а также теоретические модели, описывающие эти процессы.

В качестве методов использованы:

- теоретико-методологический анализ отечественных работ по психологии стресса, экстремальной деятельности и кризисных состояний;
- сравнительный анализ концепций стрессоустойчивости, копинг-поведения, жизнестойкости и посттравматического развития;
- систематизация данных о личностных ресурсах и факторах риска, представленных в современных исследованиях;
- логико-структурное моделирование возможных исходов кризисного переживания (дезадаптация, адаптация, личностное развитие).

Основой анализа служат монографии, статьи в ведущих психологических журналах, а также методические работы по кризисной и экстремальной психологии за последние годы.

Результаты и их обсуждение

Понятие экстремальных условий и кризисных ситуаций в отечественной психологии



Экстремальные условия рассматриваются как такие, которые выходят за рамки привычного жизненного и профессионального опыта, характеризуются высоким уровнем объективной или субъективной угрозы, дефицитом времени и ресурсов, необходимостью принимать решения при недостатке информации и высокой ответственности за последствия (В.А. Бодров, А.Б. Леонова) [2, 3]. Кризисные ситуации описываются как переломные моменты жизненного пути, когда прежние способы функционирования не обеспечивают эффективного решения задачи, а новые ещё не сформированы (Л.И. Анцыферова) [1].

Важным вкладом отечественной психологии является понимание кризиса не только как разрушения, но и как потенциального источника личностного развития. Л.И. Анцыферова подчёркивала, что жизненные трудности и кризисы, будучи осмыслены и преодолены, могут вести к переоценке ценностей, формированию новых стратегий поведения, углублению самоосознания [1].

Теоретические модели описывают широкий спектр реакций личности на экстремальные и кризисные ситуации - от острых стрессовых реакций до длительных посттравматических изменений. На уровне состояний выделяются: повышенная тревога, страх, растерянность, эмоциональное оцепенение, чувство беспомощности, агрессия, чувство вины и стыда. Эти реакции могут сопровождаться соматическими проявлениями (нарушения сна, аппетита, психосоматические симптомы).

На личностном уровне кризис затрагивает базовые представления о себе, других и мире: может разрушаться «базовое доверие к миру», формироваться образ «уязвимого Я», искажаться смысл будущего. Вместе с тем, в ряде исследований подчёркивается, что кризис часто инициирует процессы смыслообразования, поиск новых опор и жизненных ориентиров.



В отечественных исследованиях (А.Б. Леонова, В.А. Бодров, Н.В. Тарабрин) активно анализируются копинг-стратегии личности в экстремальных условиях [2, 3].

Условно выделяются:

- проблемно-ориентированные стратегии (поиск информации, планирование, активное действие);
- эмоционально-ориентированные (поиск поддержки, экспрессия эмоций, рационализация);
- избегание (уход от решения, вытеснение, отрицание, алкоголизация).

Стрессоустойчивость рассматривается как интегральная характеристика личности, включающая жизнестойкость, внутренний локус контроля, оптимизм, толерантность к неопределённости, способность к саморегуляции. Исследования показывают, что именно сочетание конструктивных копинг-стратегий и развитых навыков саморегуляции уменьшает вероятность дезадаптивных последствий даже при высокой интенсивности экстремального воздействия.

Важное направление отечественных работ — изучение личностных ресурсов, способствующих успешному преодолению кризисов. К таким ресурсам относят: устойчивую систему ценностей и жизненных смыслов (экзистенциальный уровень), развитые коммуникативные и эмоционально-волевые качества, чувство профессиональной и гражданской ответственности, опыт успешного преодоления трудностей, включённость в поддерживающие социальные сети (семья, профессиональное сообщество).

Е.Ю. Махнач и коллеги в исследованиях психологической устойчивости подчёркивают роль социального капитала и психологической безопасности среды [4]. Социальная поддержка (эмоциональная, инструментальная, информационная) выступает важным модератором между экстремальным



воздействием и его последствиями: наличие поддерживающих отношений снижает риск дезадаптации и способствует восстановлению.

В отечественной литературе описываются как деструктивные, так и конструктивные последствия проживания кризиса. К первым относят: обострение невротических и психосоматических расстройств, развитие ПТСР, хронизацию тревоги, депрессии, профессиональное выгорание. Ко вторым — усиление ответственности, переоценку жизненных приоритетов, укрепление ценности отношений, гуманистическое расширение «образа другого».

Концепция посттравматического роста (адаптированная в отечественных исследованиях) подчёркивает, что позитивные изменения чаще возникают при сочетании нескольких условий: наличие базовых личностных ресурсов, конструктивных стратегий совладания, адекватной социальной и профессиональной поддержки, возможности рефлексивного осмысления пережитого опыта. Это задаёт направление для разработки программ психологического сопровождения и реабилитации.

На основе анализа отечественных исследований можно условно выделить несколько блоков теоретической модели личности в экстремальных условиях:

- ценностно-смысловой (система жизненных смыслов, базовые убеждения о мире и себе);
- эмоционально-регуляторный (способность управлять эмоциями, выдерживать напряжение, восстанавливать равновесие);
- когнитивный (особенности интерпретации событий, уровень толерантности к неопределённости);
- поведенческий (репертуар стратегий совладания, готовность к действию);



– социально-контекстуальный (качество социальных связей, уровень поддержки, особенности профессиональной среды).

Эта модель может быть положена в основу дальнейшей операционализации и эмпирической проверки в рамках диссертационного исследования.

Заключение

Экстремальные условия и кризисные ситуации являются значимыми факторами, испытывающими на прочность личностные структуры и ресурсы, провоцируя как деструктивные, так и конструктивные изменения.

Отечественные исследования подчёркивают, что реакция личности на экстремальное воздействие определяется не только характеристиками ситуации, но и системой личностных ресурсов, копинг-стратегиями, уровнем социальной поддержки и качеством среды.

Стрессоустойчивость и жизнестойкость выступают ключевыми интегральными характеристиками, обеспечивающими способность к адаптации и минимизации дезадаптивных последствий кризиса. Их развитие может стать важной задачей психологической профилактики и подготовки специалистов высокой рискованности.

Теоретические модели посттравматического развития показывают, что кризис может становиться источником личностного роста, если создано пространство для осмысления опыта, присутствует поддержка и используются конструктивные стратегии совладания.

Представленный теоретический анализ позволяет структурировать поле исследований психологии личности в экстремальных условиях, выделить основные направления дальнейшей эмпирической работы, а также задать методологические ориентиры для диссертационного исследования автора. Вклад



автора состоит в обобщении отечественных подходов, выделении ключевых ресурсов и факторов риска, формировании интегративной модели личности в кризисе, пригодной для дальнейшей операционализации.

Источники и литература / Sources and references:

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преодоление, развитие. – М.: Смысл, 1994. – 367 с.
2. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 528 с.
3. Леонова А.Б. Психология стрессоустойчивости: теория и практика. – М.: Академический проект, 2019. – 320 с.
4. Махнач Е.Ю. Психологическая устойчивость личности и сообщества в условиях социальной нестабильности // Психологический журнал. – 2020. – Т. 41, № 3. – С. 5–18.
5. Столин В.В., Тарабрин Н.В. Психологические последствия травматического стресса: диагностика и подходы к помощи // Консультативная психология и психотерапия. – 2021. – Т. 29, № 4. – С. 45–63.
6. Юревич А.И. Психология кризисных и экстремальных ситуаций. – СПб.: Питер, 2018. – 304 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ УЧАСТНИКАМ СВО И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ: НАПРАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ

Ширинская А. Д.

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»,
Россия, г. Донецк*

Аннотация. Статья посвящена анализу современных подходов к организации психологической помощи участникам специальной военной



операции (СВО) и членам их семей в российском контексте. Рассматриваются ключевые направления психолого-педагогической и клинико-психологической поддержки, включая кризисное консультирование, работу с проявлениями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), программы социальной и семейной реадaptации. Особое внимание уделяется отечественным моделям социально-психологической реабилитации ветеранов боевых действий и психологического сопровождения семей, а также возможностям межведомственного и общественного взаимодействия (образование, здравоохранение, НКО). Теоретический анализ задаёт методологическую основу для дальнейших диссертационных исследований, направленных на разработку и оценку эффективности программ помощи участникам СВО и их близким.

Ключевые слова: участники специальной военной операции, ветераны боевых действий, психологическая помощь, социально-психологическая реабилитация, семьи военнослужащих, посттравматическая реадaptация, посттравматическое стрессовое расстройство.

**PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CBR
PARTICIPANTS AND THEIR FAMILY MEMBERS:
DIRECTIONS AND OPPORTUNITIES**

Shirinskaya A. D.

Donetsk State University, Donetsk, Russia

Abstract. The article is devoted to the analysis of modern approaches to the organization of psychological assistance to participants of a special military operation (SVO) and their family members in the Russian context. The key areas of psychological, pedagogical, clinical and psychological support are considered, including crisis counseling, work with manifestations of post-traumatic stress disorder (PTSD), social and family rehabilitation programs. Special attention is paid to domestic



models of socio-psychological rehabilitation of combat veterans and psychological support for families, as well as opportunities for interdepartmental and public interaction (education, healthcare, NGOs). The theoretical analysis sets the methodological basis for further dissertation research aimed at developing and evaluating the effectiveness of assistance programs for the participants of the SVR and their loved ones.

Keywords: participants in a special military operation, combat veterans, psychological assistance, socio-psychological rehabilitation, military families, post-traumatic readaptation, post-traumatic stress disorder.

Введение

Проблема психологической помощи участникам боевых действий (УБД) и членам их семей в современной России приобрела приоритетную и острую значимость в связи с беспрецедентным возросшим числом военнослужащих, прошедших через опыт Специальной военной операции (СВО), и, соответственно, расширением круга граждан, испытывающих опосредованные, но глубокие последствия военной травмы.

Опираясь на обширный массив отечественных исследований, посвященных посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), социальной и психологической реадaptации ветеранов прошлых локальных конфликтов (Афганистан, Чечня и др.), ученые последовательно демонстрируют, что при отсутствии своевременной и системной поддержки риск формирования устойчивых и деструктивных форм дезадаптации остается критически высоким. Эти формы включают: клинически выраженный ПТСР, развитие тревожно-депрессивных расстройств, склонность к злоупотреблению психоактивными



веществами, деструктивные семейные конфликты и глубокое социальное отчуждение.

Фундаментальные работы таких российских ученых, как В.В. Березовец, В.А. Пономаренко, Л.П. Гримак, а также современные исследования, сфокусированные на социально-психологической реабилитации ветеранов боевых действий, единогласно подчёркивают трансгенерационный и межличностный характер психологических последствий боевого опыта [1, 2]. Эти последствия затрагивают не только самих военнослужащих, но и их ближайшее окружение – супругов, детей и родителей. Семья, выступая ключевым звеном реинтеграции, нередко становится «вторичной жертвой» травмы, сталкиваясь с необходимостью адаптации к изменению ролевой структуры, эмоциональной дистанции, внезапным вспышкам агрессии или хронической тревожности партнера, а также экзистенциальной неопределенностью будущего.

Современное состояние проблемы характеризуется активными действиями на федеральном и региональном уровнях. Предпринимаются значительные шаги по разработке ведомственных стандартов психологической поддержки участников СВО и их семей, созданию межведомственных центров комплексной реабилитации, а также развитию специализированных программ в системе здравоохранения, социальной защиты, образования и волонтерских (НКО) структурах.

Однако, несмотря на институциональные усилия, сохраняется острая методологическая потребность: необходимость научно обоснованной систематизации уже существующих, но разрозненных направлений помощи; уточнение границ применимости различных психологических моделей сопровождения (например, КПТ, EMDR, экзистенциальный подход) в контексте



военной травмы; а также определение четких методологических ориентиров для дальнейшего совершенствования и стандартизации программ психологической помощи.

Объекты и методы исследования

Объектом теоретического анализа в статье выступает система психологической помощи участникам СВО и членам их семей в современной России.

Предметом являются направления и возможности психолого-педагогической, клинико-психологической и социально-психологической поддержки, описанные в отечественных исследованиях и методических материалах, а также их концептуальные основания.

В качестве методов использованы:

- теоретико-методологический анализ отечественной научной литературы по проблеме психологической реабилитации ветеранов боевых действий и помощи семьям военнослужащих;
- контент-анализ нормативных документов, программ и методических рекомендаций, регламентирующих оказание психологической помощи участникам СВО и их близким;
- сравнительный анализ различных моделей социальной и психологической реадaptации;
- структурно-логическое обобщение ключевых направлений помощи и их взаимосвязей.

Материалом для анализа послужили диссертационные исследования, статьи в рецензируемых журналах, методические пособия, а также опубликованные модели сопровождения семей участников боевых действий,



разработанные российскими психологами и специалистами по социальной работе.

Результаты и их обсуждение

Обобщенные данные, полученные в рамках лонгитюдных и кросс-секционных отечественных исследований, посвященных ветеранам войны в Афганистане, конфликтов на Северном Кавказе и других локальных военных действий, убедительно свидетельствуют о том, что полученный боевой опыт неизбежно сопровождается формированием устойчивых и часто хронифицирующихся психотравматических симптомов. Эти симптомы представляют собой сложный комплекс переживаний, выходящий за рамки диагностического критерия ПТСР [3]. К ним относятся: навязчивые, интрузивные воспоминания о травматических событиях; рекуррентные ночные кошмары (связанные с боевой обстановкой); повышенная раздражительность и низкий порог активации, приводящие к неконтролируемым вспышкам агрессии; эмоциональное онемение (аффективное уплощение) как защитный механизм; глубокое чувство отчуждения и непонимания со стороны гражданского общества, а также выраженные трудности в ресоциализации и бытовой социализации. Научная литература описывает данные проявления не только в рамках клинического Посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), но и в более широких феноменах, таких как «боевой стресс» (в острой фазе) и «постстрессовые личностные изменения», затрагивающие морально-ценностную сферу.

Однако критически важным является понимание того, что травма не ограничивается личностью военнослужащего. Для членов их ближайшего окружения – супругов, детей и родителей – характерны собственные,



специфические вторичные реакции, которые могут быть не менее дезадаптирующими:

- У супругов: хроническая тревога за безопасность близкого, чувство одиночества (даже при физическом присутствии ветерана), необходимость перераспределения родительских и бытовых ролей, а также эмоциональное напряжение, связанное с необходимостью “быть опорой” без должной поддержки.
- У родителей: усиление фоновой тревоги и гиперопеки, связанной со страхом повторной травматизации или потери взрослого ребенка.
- У детей: проявления тревожности, регресс в поведении (например, ночное недержание, страхи), сложности в учебной деятельности и академической успеваемости, а также протестные реакции, направленные на дистанцирование от измененного состояния родителя.

Возвращение участника боевых действий домой не означает автоматического окончания травматического процесса; напротив, оно запускает фазу «вторичной адаптации» или семейной реинтеграции [6]. Этот процесс требует сознательных усилий и психологической работы, поскольку семье необходимо заново выстроить межличностные отношения, договориться о новых границах между травмированным и не травмированным опытом, и научиться сосуществовать с последствиями боевого опыта, не допуская, чтобы эта травма дезинтегрировала или разрушила существующую семейную систему.

Анализ отечественных научных работ (включая работы по психологии экстремальных ситуаций и клинической психологии) и действующих практических программ (реализуемых в военных госпиталях, реабилитационных центрах и учреждениях социальной защиты) позволяет выделить комплексную, многоуровневую систему психологической помощи участникам боевых



действий (УБД). Эта система охватывает весь спектр их потребностей — от немедленной стабилизации до долгосрочной реинтеграции в гражданскую жизнь.

Ключевые направления, требующие научно-методического обоснования и постоянного совершенствования, включают:

— Кризисное и экстренное вмешательство в условиях боевой нагрузки и эвакуации — это первичное звено помощи, направленное на предотвращение острого дистресса и острых стрессовых реакций. Основные задачи включают немедленную стабилизацию психоэмоционального состояния военнослужащих, купирование панических атак, коррекцию нарушений сна и обучение базовым техникам психологической саморегуляции и самопомощи (например, техники заземления и дыхательные упражнения). Эффективность данного этапа критически зависит от скорости развертывания психологической службы.

— Индивидуальная психотерапия, ориентированная на травму — это основной этап работы с последствиями, требующий длительного и специализированного вмешательства. Здесь активно применяются доказательные методы психотерапии, адаптированные для работы с военной травмой. К ним относятся: Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), сфокусированная на коррекции дезадаптивных убеждений; методы работы с травмой, такие как EMDR (Десенсибилизация и переработка движением глаз), направленные на снижение эмоциональной интенсивности травматических воспоминаний; а также нарративная и экзистенциальная терапия, помогающие интегрировать боевой опыт в автобиографическую память, придать ему личный смысл и снизить чувство вины или стыда. Целью является снижение выраженности симптомов ПТСР, тревоги, депрессии и купирование неадаптивной агрессии.



– Групповая психотерапия и группы взаимопомощи для ветеранов: данное направление критически важно для преодоления социальной изоляции и «стигмы ветерана». Групповая работа способствует обмену валидированным опытом пережитого, формированию у УБД чувства принадлежности и социальной поддержки [4]. Центральной задачей является помощь в формировании позитивного образа себя как человека, выполнившего долг, а не только как «жертвы» или «инвалида». Группы также служат платформой для отработки навыков эффективной коммуникации в мирной среде.

– Социально-психологическая реабилитация и реинтеграция: этот этап направлен на восстановление полноценного функционирования УБД в гражданской жизни. Он включает комплекс мероприятий: восстановление и укрепление социальных связей с невоенным окружением; профессиональную ориентацию и содействие в трудоустройстве с учетом приобретенного боевого опыта (переквалификация или применение военных навыков в гражданских сферах); информационную поддержку по получению льгот и статусов; а также активное вовлечение в ветеранские общественные объединения, что способствует нахождению новых ролей и социальной значимости.

В работах В.В. Березовца и других авторов подчёркивается важность создания специализированных центров реабилитации, где психологическая помощь интегрирована с медицинской, юридической и социальной поддержкой, а также развёртывания программ «пошаговой» реадaptации от стационара к амбулаторной помощи и включению в гражданскую жизнь.

Современные отечественные разработки в области военной психологии и реабилитации предлагают системно-ориентированную многоуровневую модель сопровождения семей участников боевых действий (УБД). Эта модель признает семью единым, взаимосвязанным объектом психологического воздействия, где



травма одного члена влияет на функционирование всей системы [5]. Эффективность сопровождения достигается за счет последовательного прохождения следующих взаимосвязанных уровней работы:

1. Информационно-просветительская поддержка и психообразование (Базовый уровень): Этот начальный этап критически важен для дестигматизации и нормализации переживаний. Он включает детальное разъяснение особенностей психотравматических реакций (как у самого УБД, так и у членов семьи), объяснение природы феноменов ПТСР, флешбэков и эмоциональной лабильности. Основная задача — предоставить членам семьи научно обоснованные знания, чтобы они перестали воспринимать дезадаптивное поведение близкого как личный недостаток или отказ от них. На этом уровне также происходит обучение базовым навыкам самопомощи и эффективной поддерживающей коммуникации (например, как реагировать на ночные кошмары или вспышки раздражения).

2. Индивидуальное и семейное консультирование (Коррекционный уровень): этот уровень фокусируется на глубокой проработке последствий травмы внутри семьи. Индивидуальное консультирование УБД направлено на снижение психопатологической симптоматики (как было отмечено ранее – работа с ПТСР, тревогой). Семейное консультирование акцентирует внимание на осмыслении и интеграции изменений, произошедших с военнослужащим за время его отсутствия и возвращения. Особое внимание уделяется снижению внутрисемейной конфликтности, восстановлению нарушенных доверительных и эмоциональных контактов в паре, а также коррекции дисфункциональных родительско-детских отношений, возникших из-за эмоциональной дистанции или изменения ролевых ожиданий.



3. Группы психологической поддержки для супругов, родителей и детей участников СВО (Социально-интеграционный уровень): групповой формат является мощным инструментом для преодоления феномена изоляции. Он предоставляет безопасное пространство, где участники могут делиться схожим опытом, получать валидацию своих переживаний и обратную связь от тех, кто понимает специфику ситуации без лишних объяснений. Формирование сети взаимопомощи (peer support) способствует укреплению психологической устойчивости (резильентности) членов семьи и предотвращает их эмоциональное истощение.

4. Специализированные социально-психологические программы для детей военнослужащих (Образовательно-развивающий уровень): дети военнослужащих часто демонстрируют скрытые или поведенческие реакции на хронический стресс в семье. Для них разрабатываются специализированные программы, направленные на профилактику школьной дезадаптации, вызванной тревогой родителей или поведением УБД. Программы фокусируются на развитии навыков конструктивного выражения сильных чувств (гнева, страха, грусти) в социально приемлемой форме, а также на поддержке их образовательного процесса и сохранении чувства безопасности в школьной среде.

Отдельные исследования и практические описания подчёркивают, что включённость семьи в процесс реабилитации участника боевых действий статистически снижает выраженность симптомов ПТСР и улучшает качество семейного функционирования.

Современные модели помощи участникам СВО и их семьям ориентированы на межведомственный подход: взаимодействие структур здравоохранения, образования, социальной защиты, силовых ведомств, НКО и



религиозных организаций. Психологическая поддержка оказывается в медицинских учреждениях, центрах реабилитации, образовательных организациях, общественных и волонтерских проектах, а также дистанционно (телефоны доверия, онлайн-консультации).

Современный этап развития психологической помощи УБД и их семьям в России характеризуется осознанием острой необходимости перехода от разрозненных инициатив к системному и стандартизированному подходу. В ряде стратегических разработок и инициатив ключевым вектором становится разработка и внедрение единых федеральных и региональных стандартов оказания психологической помощи [7]. Эти стандарты должны охватывать весь спектр деятельности: от строгих требований к квалификации и подготовке специалистов (включая обязательное владение травмафокусированными протоколами), до четкого определения этических норм работы с конфиденциальной информацией и травматическим опытом, а также детализированных алгоритмов действий для работы на всех трех этапах: острый, подострый и отдаленный периоды после воздействия психотравмирующего события. Внедрение таких стандартов является необходимым условием для научно обоснованной оценки эффективности существующих программ (evidence-based practice) и их последующей оптимизации.

Анализ актуального состояния отечественных исследований и клинической практики показывает, что наиболее перспективной методологической парадигмой является синергия личностно-ориентированного и системного подходов. Это означает, что объектом внимания психолога должна быть не только индивидуальная травма военнослужащего, но и семейная система в целом, которая часто страдает от вторичных травм и дисфункций. Более того, эффективная помощь не может игнорировать более широкий социальный



контекст - вопросы ресоциализации, изменения социального статуса и взаимодействия с гражданской средой.

Важнейшим методологическим принципом организации этой помощи признана ее этапность и длительность. Успех реабилитации напрямую зависит от способности системы обеспечить непрерывность поддержки: начиная с экстренной стабилизации на линии соприкосновения или сразу после возвращения, и заканчивая долгосрочным сопровождением в процессе реинтеграции и адаптации к мирной жизни.

Выделение и четкое структурирование основных направлений работы — индивидуальная терапия, групповая работа, семейное консультирование и социально-психологическая реабилитация — создает прочную основополагающую матрицу для построения интегративных моделей сопровождения участников СВО и их семей [8]. Эти модели, основанные на четких теоретических и практических положениях, обладают высокой степенью операционализации, что позволяет использовать их в качестве надежной базы для дальнейших эмпирических исследований диссертационного уровня с целью проверки их эффективности в различных региональных и демографических условиях.

Заключение

Психологическая помощь участникам Специальной военной операции (СВО) и членам их семей представляет собой комплексную, многокомпонентную систему, требующую интеграции клинико-психологической, социально-психологической и психолого-педагогической поддержки. Данная система должна быть направлена не только на купирование и преодоление последствий острой и хронической травмы, но и на активное



восстановление и развитие личностных и семейных ресурсов для обеспечения долгосрочной устойчивости.

Отечественные научные исследования и пилотные практические разработки убедительно демонстрируют высокую эффективность комплексных моделей социально-психологической реабилитации. Эти модели успешно сочетают индивидуальную психотерапию (особенно с использованием травмафокусированных подходов), групповую работу, целенаправленную работу с семьей как единой системой, а также программы профессиональной реадaptации и вовлечение в деятельность ветеранских и общественных объединений.

Ключевым положением является признание того, что семья участника СВО выступает одновременно и главным ресурсом для успешной реинтеграции военнослужащего, и наиболее уязвимым звеном, подверженным вторичным травматическим последствиям. Соответственно, любая эффективная программа психологической помощи должна быть равноориентирована как на самого военнослужащего, так и на его близких, учитывая их специфические переживания и потребности в поддержке.

Несмотря на значительные усилия на федеральном и региональном уровнях, а также активное развитие межведомственного взаимодействия и инициатив НКО, сохраняется критическая потребность в научно обоснованных стандартах, унификации критериев подготовки специалистов и систематической, объективной оценке эффективности реализуемых программ.

Теоретический анализ, представленный в данной работе, позволил структурировать обширное поле психологической помощи УБД и их семьям, выделить доминирующие методологические направления и обозначить ориентиры для дальнейшего развития прикладных технологий. Вклад автора



заключается в систематизации ключевых направлений отечественного опыта, уточнении концептуальных оснований для интеграции различных терапевтических модальностей, и обозначении модельных подходов к построению программ сопровождения, которые могут служить основой для последующей эмпирической проверки и адаптации к разнородным условиям регионов и специфике различных целевых групп.

Источники и литература / Sources and references:

1. Березовец В.В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2000. – 192 с.
2. Денисова А.И. Психологическая помощь участникам боевых действий и членам их семей // Профессиональная психотерапевтическая лига. – 2023. – Вып. 12. – С. 35–48.
3. Методы и техника социально-психологической реабилитации ветеранов боевых действий // Социальная работа. – 2018. – № 3. – С. 45–59.
4. Модель психологического сопровождения семей участников боевых действий. – М.: МГППУ, 2022. – 64 с.
5. Психологическая помощь военнослужащим и их семьям: справочник служб и форм поддержки. – М.: Военсчёт, 2025. – 52 с.
6. Психологическая помощь семьям участников СВО: методические рекомендации. – М.: Центр «Благополучие», 2025. – 40 с.
7. Семья в кризисной ситуации: поддержка детей военнослужащих: методическое пособие. – М., 2022. – 32 с.
8. Социально-психологическая реадаптация участников боевых действий // Психотерапия. – 2023. – № 4. – С. 10–22.



ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Шмакова О. В.¹, Головкин О. В.² Акименко Г. В.³

¹*Кафедра педиатрии и неонатологии*

²*Кафедра медицинской, биологической физики
и высшей математики*

³*Кафедра клинической психологии*

*ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В статье представлен нарративный обзор современных исследований, посвященных детерминантам психологического благополучия преподавателей высшей школы. Актуальность темы обусловлена высокой профессиональной нагрузкой академического персонала, ростом требований к эффективности труда в условиях цифровизации и коммерциализации образования, а также увеличением риска эмоционального выгорания. Цель обзора - систематизация и качественный анализ факторов, оказывающих значимое влияние на субъективное благополучие университетских преподавателей. В работе выделены три основные группы детерминант: организационно-средовые (академическая свобода, административная нагрузка, организационная культура), субъектно-личностные (ресурсы совладания, самоэффективность, ценностно-смысловая сфера) и социально-коммуникативные (взаимодействие со студентами и коллегами, социальная поддержка). Сделан вывод о необходимости интегративного подхода к изучению благополучия, учитывающего баланс требований и ресурсов профессиональной деятельности.



Ключевые слова: психологическое благополучие, преподаватели высшей школы, академическая среда, профессиональное выгорание, ресурсы, нарративный обзор.

PSYCHOLOGICAL CONDITIONS FOR PREVENTING EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME IN HIGHER EDUCATION TEACHERS

Akimenko G. V.¹, Shmakova O. V.², Golovko O. V.³

¹*Department of Clinical Psychology*

²*Department of Pediatrics and Neonatology*

³*Department of Medical, Biological Physics and Higher Mathematics*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article presents a narrative review of contemporary research on the determinants of psychological well-being among university teachers. The relevance of the topic is due to the high professional workload of academic staff, the increasing demands for labor efficiency in the context of digitalization and commercialization of education, and the increasing risk of emotional burnout. The purpose of the review is to systematize and qualitatively analyze the factors that have a significant impact on the subjective well-being of university teachers. The paper identifies three main groups of determinants: organizational and environmental (academic freedom, administrative workload, and organizational culture), personal and subjective (coping resources, self-efficacy, and value-semantic sphere), and social and communicative (interaction with students and colleagues, and social support). The paper concludes that an integrative approach to the study of well-being is necessary, taking into account the balance of requirements and resources in professional activities.

Keywords: psychological well-being, higher education teachers, academic environment, professional burnout, resources, narrative review.



Введение

Трансформация системы высшего образования в последние десятилетия характеризуется ростом неопределенности, увеличением бюрократической нагрузки на преподавателей, внедрением рыночных механизмов управления (публикационная активность, грантовая деятельность) и ускоренной цифровизацией образовательного процесса. Данные изменения оказывают противоречивое влияние на психологическое состояние профессорско-преподавательского состава (ППС). С одной стороны, наблюдается расширение возможностей для профессиональной самореализации, с другой - фиксируется рост уровня стресса, тревожности и эмоционального истощения.

Психологическое благополучие преподавателя выступает не только индикатором личностного здоровья, но и важным фактором качества образовательной среды. Согласно исследованиям, благополучие педагога напрямую коррелирует с его вовлеченностью в профессиональную деятельность, удовлетворенностью работой и, опосредованно, с успешностью студентов (Huppert & So, 2013). Несмотря на высокую значимость проблемы, систематизирующих работ, объединяющих разрозненные данные о детерминантах благополучия именно в контексте высшей школы, недостаточно. Настоящий нарративный обзор призван восполнить этот пробел.

Цель исследования: систематизировать и проанализировать существующие в современной научной литературе данные о детерминантах психологического благополучия преподавателей высшей школы, а также выявить ключевые направления и перспективы дальнейших исследований в данной области.



Задачи исследования:

1. Классифицировать детерминанты, включая социодемографические (возраст, пол, стаж), организационные (рабочая нагрузка, поддержка, стиль руководства) и индивидуально-психологические (эмоциональный интеллект, копинг, самооффективность).
2. Определить наиболее значимые группы, включая факторы риска и протективные.
3. Выявить пробелы в исследованиях и наметить направления для будущих работ.

Методология исследования

Нарративный (описательный) обзор предполагает качественный анализ и синтез литературы без применения строгих мета-аналитических процедур. Поиск источников осуществлялся в базах данных Scopus, Web of Science, и PsycINFO eLibrary.ru за период 2015–2024 гг.

Использовались ключевые слова: *psychological well-being, university teachers, academics, faculty, determinants, burnout, higher education*, а также их русскоязычные аналоги. В обзор включены эмпирические исследования и теоретические работы, фокусирующиеся на факторах благополучия/неблагополучия ППС.

Теоретические подходы к пониманию психологического благополучия

В современной психологии доминируют два основных подхода к пониманию психологического благополучия.

Гедонистический подход (N. Bradburn, E. Diener) фокусируется на субъективном счастье, балансе позитивного и негативного аффекта, удовлетворенности жизнью.



Эвдемонистический подход (С. Ryff) акцентирует развитие личности, наличие цели в жизни, автономию, позитивные отношения с окружающими, управление средой и самопринятие.

Применительно к преподавательской деятельности наиболее продуктивным представляется интегративный подход, учитывающий как аффективные компоненты (эмоциональное состояние), так и функциональные (реализация потенциала в профессии). В контексте высшей школы значимой теоретической рамкой выступает модель «Требования - Ресурсы» (Job Demands-Resources, JD-R) (Bakker & Demerouti, 2017), согласно которой дисбаланс между высокими требованиями среды и недостатком ресурсов ведет к выгоранию, а баланс — к вовлеченности и благополучию.

Исследования показали, что ключевым фактором, способствующим возникновению выгорания у педагогов, являются длительные стрессовые ситуации, возникающие в процессе работы.

Д. Гринберг [5]. отмечает, что синдром выгорания характеризуется эмоциональным, физическим и когнитивным истощением, что проявляется в учащении жалоб на здоровье, снижении продуктивности, ухудшении самооценки и чувства юмора. Однако, по мнению автора, выгорание можно рассматривать как адаптивный механизм, позволяющий человеку регулировать расход энергии. Однако эта гипотеза применима только на ранних стадиях развития синдрома. В дальнейшем выгорание оказывает негативное влияние на выполнение профессиональных обязанностей и межличностные отношения.

Профессиональное выгорание преподавателей ЗВО предполагает постепенную потерю эмоциональной, когнитивной, физической активности, что проявляется соответствующими симптомами истощения и усталости,



снижением удовлетворения от выполнения профессиональных обязанностей, обострением хронических заболеваний.

Анализ научной литературы по проблеме исследования свидетельствует о многоаспектности ее научного осмысления. Теоретические и методические основы профессионального выгорания отражены в трудах С. Джексона, К. Маслач, О. Старченковой и др. [1]. Основную причину профессионального выгорания подавляющее большинство исследователей усматривает в так называемом «синдроме хронической усталости», что сопровождается расстройствами психосоматического и соматопсихического характера. Ключевым компонентом синдрома «профессионального выгорания» является несоответствие между личностью и требованиями, которые к ней предъявляет современное общество [2].

В настоящее время практически во всех группах специалистов «коммуникативных» профессий типа «человек – человек» есть люди с высоким и средним уровнем выгорания. Достаточно острой данная проблема является для преподавателей высшей школы, которые испытывают интенсивное деформирующее воздействие целой группы фактор. Это связано, прежде всего, с особенностями профессиональной деятельности, а также отсутствием в высшей школе условий для снятия психологической усталости, недостаточной компетентности значительного числа преподавателей в вопросах сохранения и укрепления профессионального здоровья.

Анализ литературы позволяет выделить три кластера детерминант, определяющих специфику благополучия преподавателей высшей школы.

Организационные и средовые детерминанты

Данная группа факторов связана с институциональными условиями труда.



Анализ современных эмпирических исследований позволяет выделить комплекс организационных и средовых детерминант, значимо влияющих на работу преподавателя высшей школы. Организационные факторы (кадровая политика, культура, лидерство, структура вознаграждения, стратегический фокус) создают формальные рамки деятельности, тогда как средовые (климат, социальная поддержка, ценности) формируют психологический контекст ее реализации.

- **Академическая нагрузка и бюрократизация.** Исследования (Kinman, 2019; Watts & Robertson, 2021) показывают, что высокая рабочая нагрузка (превышающая 50-60 часов в неделю), избыточная отчетность и совмещение преподавания с научной деятельностью являются наиболее мощными предикторами истощения. Преподаватели отмечают, что время на исследовательскую работу «съедается» административными обязанностями.

- **Организационная культура и справедливость.** Психологическое благополучие выше в университетах с поддерживающей культурой, где ценятся коллегиальность, прозрачность критериев оценки труда (КГУ) и распределения ресурсов. Восприятие организационной несправедливости (особенно в распределении учебной нагрузки или возможностей карьерного роста) значимо снижает показатели благополучия (Wood & Brown, 2022).

- **Академическая свобода.** Эвдемонистический компонент благополучия тесно связан с ощущением автономии. Возможность выбирать содержание курсов, методы преподавания и направления исследований выступает ключевым ресурсом. Ограничение академической свободы воспринимается как угроза профессиональной идентичности.

Личностные и субъектные детерминанты

Внутренние ресурсы преподавателя выступают буферами против стресса.



Самозффективность. Убежденность в своей способности эффективно организовывать учебный процесс, вовлекать студентов и справляться с педагогическими трудностями является значимым предиктором благополучия. Низкая самозффективность, напротив, связана с высоким уровнем тревоги (Klusmann et al., 2016).

Стратегии совладания (coping). Активные, проблемно-ориентированные стратегии (планирование решения, поиск социальной поддержки) способствуют сохранению благополучия, тогда как избегание и эмоционально-ориентированные стратегии (самообвинение) усугубляют негативные состояния.

Ценностно-смысловая сфера. Преподаватели, воспринимающие свою работу как призвание (*calling*), демонстрируют более высокие показатели психологического благополучия даже в условиях высокой нагрузки. Смыслоутрата и рассогласование личных ценностей с институциональными требованиями ведут к дезинтеграции личности.

Социальные и коммуникативные детерминанты

Взаимодействие в триаде «студент -коллега -руководство» играет важнейшую роль.

Взаимодействие со студентами.

- Парадоксально, но именно взаимодействие со студентами часто выступает одновременно и источником стресса (недисциплинированность, низкая мотивация, плагиат), и главным источником удовлетворенности работой (благодарность, успехи студентов, «огонь в глазах»). Качество этого взаимодействия является критическим фактором (Hagenauer & Volet, 2014).

- **Социальная поддержка коллег.** Горизонтальные связи (поддержка со стороны кафедры, неформальное общение) выступают важнейшим ресурсом.



В российских реалиях, как отмечают исследования (Осин и др., 2020), поддержка коллег часто нивелирует негативные эффекты административного давления.

- **Стиль руководства.** Трансформационное лидерство (поддержка, вдохновение, учет индивидуальных особенностей) способствует росту благополучия и вовлеченности, в отличие от авторитарного или либерально-индифферентного стиля.

Обсуждение

Проведенный нарративный обзор подтверждает, что психологическое благополучие преподавателей высшей школы является многофакторным конструктом, находящимся на пересечении институциональных, межличностных и внутриличностных переменных. Наиболее уязвимыми категориями, согласно данным литературы, являются молодые преподаватели (испытывающие трудности входа в профессию и давление «публикационной гонки») и преподаватели предпенсионного возраста (сталкивающиеся с цифровым разрывом и возрастной дискриминацией).

Современные исследования фиксируют переход от изучения выгорания (как негативного полюса) к изучению *flourishing* (процветания) и резильентности (устойчивости) академического персонала. Перспективным направлением является внедрение позитивных организационных интервенций (positive organizational interventions), направленных не только на снижение стресса, но и на развитие сильных сторон личности преподавателя и улучшение социального климата на кафедрах.

Важным ограничением существующих работ, преимущественно количественных, является недостаток качественных исследований, позволяющих понять субъективные переживания преподавателей в контексте их профессиональной биографии. Также требует дальнейшего изучения специфика



детерминант благополучия в зависимости от типа вуза (исследовательский vs. педагогический) и предметной области (гуманитарные vs. естественно-научные направления).

Заключение

Психологическое благополучие преподавателя высшей школы — это динамическое состояние, детерминированное сложным взаимодействием внешних требований (организационная среда, нагрузка) и внутренних ресурсов (самоэффективность, ценности, поддержка). Нарративный обзор показал, что для поддержания благополучия ППС необходимы системные изменения на институциональном уровне: оптимизация рабочей нагрузки, обеспечение академической свободы и развитие поддерживающей организационной культуры. В то же время важны программы развития личностных ресурсов преподавателей, направленные на формирование адаптивных копинг-стратегий и укрепление профессиональной идентичности.

Источники и литература / Sources and references:

1. Акименко Г.В. Психологические условия предупреждения синдрома эмоционального выгорания у преподавателей высшей школы // Г.В. Акименко, О.В. Шмакова, О.В. Головкин В сборнике: Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции. Кемерово, 2025. С. 23-32.
2. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285.



3. Hagenauer, G., & Volet, S. E. (2014). Teacher–student relationship at university: An important yet under-researched field. *Oxford Review of Education*, 40(3), 370–388.
4. Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837–861.
5. Kinman, G. (2019). Sickness presenteeism and work–family conflict in academics: The role of job demands and resources. *International Journal of Stress Management*, 26(4), 391–399.
6. Klusmann, U., Richter, D., & Lüdtke, O. (2016). Teachers' emotional exhaustion is negatively related to students' achievement: Evidence from a large-scale assessment study. *Journal of Educational Psychology*, 108(8), 1193–1203.
7. Watts, J., & Robertson, N. (2021). Burnout in university teaching staff: A systematic literature review. *Educational Research*, 53(1), 33–50.
8. Wood, P., & Brown, M. (2022). Perceived organisational justice and well-being in UK academics. *Studies in Higher Education*, 47(2), 345–358.
9. Осин, Е. Н., Рассказова, Е. И., Нестик, Т. А. (2020). Ресурсы и барьеры психологического благополучия преподавателей вузов. *Психологическая наука и образование*. 2020. №25(6). С. 62–74.

**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ
НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ
ТРУДОСПОСОБНОСТИ РАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ**

Штернис Т. А., Колесников О. М., Руднев П. С.

Кафедра информационных технологий

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Аннотация. В статье представлен анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности шахтеров по числу случаев и числу дней нетрудоспособности. Изучена структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Установлены социально-производственные и социально-бытовые факторы внешней среды, оказывающие влияние на уровни заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Предложены мероприятия, направленные на профилактику данного вида заболеваемости.

Ключевые слова: шахтеры, неблагоприятные факторы, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, профилактика, медицинская помощь.

**INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL FACTORS
ON MORBIDITY WITH TEMPORARY DISABILITY
OF COAL MINE WORKERS**

Shternis T. A., Kolesnikov O. M., Rudnev P. S.

Department of Information Technology

Kemerovo State Medical University

Ministry of Health of Russia

Abstract. The article presents an analysis of the incidence of temporary disability of miners by the number of cases and the number of days of disability. The structure of morbidity with temporary disability has been studied. The socio-industrial and socio-domestic environmental factors influencing the incidence of temporary disability have been identified. Measures aimed at preventing this type of morbidity are proposed.

Keywords: miners, adverse factors, morbidity with temporary disability, prevention, medical care.



Введение

Охрана здоровья трудящихся в нашей стране является одной из главных задач национальных проектов в области охраны здоровья населения [9, 5]. А одной из значимых отраслей народного хозяйства является угольная. Уголь, несмотря на альтернативные источники, является основным энергоносителем. В отличие от нефти и газа разведанных запасов угля человечеству хватит на несколько столетий. Кемеровская область – Кузбасс является основной топливно-энергетической базой России. От эффективности и ритмичности работы угольной промышленности Кузбасса зависит состояние экономической безопасности Кемеровской области [11, 245].

В будущем можно ожидать увеличения добычи угля, что повлечет за собой расширение производства и увеличения числа работающих в отрасли. Однако, на протяжении многих лет угольное производство является сложным и неблагоприятным для работающих. Среди трудящихся угольной промышленности наблюдаются высокие показатели заболеваемости, травматизма и инвалидности. Наиболее информативным показателем здоровья работающего населения является заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Литературные данные свидетельствуют о большом интересе исследователей к изучению показателей уровней заболеваемости. В Кузбассе уровень впервые выявленной заболеваемости населения составляет 796,4 случая на 1000 населения [1, 97]. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности первое место занимают болезни органов дыхания, второе место – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, третье место – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. В последние годы наблюдается повышение показателей



заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 27,3% в случаях и на 31,5% в днях. Наибольшее увеличение данного вида заболеваемости по уровню и темпу прироста наблюдается в основных угледобывающих муниципальных образованиях. Ряд исследований посвящены изучению разнообразных факторов, оказывающих влияние на заболеваемость трудящихся. Изучались медико-социальные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем трудящихся угледобывающих предприятий [2, 74]. Описаны медико-социальные проблемы безопасности жизнедеятельности шахтеров [3, 585].

В здравоохранении Кузбасса на протяжении многих лет широко используются передовые формы организации медицинской помощи [10, 166]. Совершенствование медицинской помощи осуществляется на основании результатов научных исследований. Например, проводились исследования посвященные организации медицинской помощи шахтерам, в том числе в экстремальных условиях [5, 62]. В Кемеровском государственном медицинском университете имеется целое научное направление, посвященное медицине экстремальных ситуаций [4, 34]. В здравоохранении Кузбасса в настоящее время активно внедряются цифровые технологии [8].

В связи с этим появились исследования по изучению достижений и перспектив применения информационных технологий в медицине Кузбасса [6, 92]. В практическое здравоохранение внедряется большое количество научных разработок. Так с целью стимуляции внедрения новых проектов предложена эффективная методика оценки достижения целевого значения критерия новой модели организации оказания медицинской помощи «количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей» [7, 96].



Вместе с тем несмотря на то, что проведено большое количество исследований по изучению заболеваемости трудящихся угольной промышленности исследование по изучению влияния факторов внешней среды на заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди рабочих угольных шахт является актуальным.

Объекты и методы исследования

Объектом исследования являются шахтеры Прокопьевского муниципального образования. Единицей наблюдения служит шахтер получавший листок нетрудоспособности в течение года. В качестве методов исследования применялся анализ литературных источников, анкетный метод, анализ отчетов по заболеваемости с временной утратой трудоспособности, математическая обработка материалов, интерпретация полученных данных. Цель исследования заключается в установлении влияния факторов внешней среды на заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих угольных шахт.

Результаты и их обсуждение

Материалы исследования показывают, что уровень общей заболеваемости трудящихся угольных шахт составляет 1657,1 случая на 1000 работающих. В ее структуре 28,0% приходится на болезни органов дыхания, 26,2% - на болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, 16,5% - на травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. На эти три класса болезней приходится 70,7% от всех заболеваний.

Установлено, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности составляет 86,6% от общей заболеваемости и достигает уровня 1435,0 случаев на 1000 работающих. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности 36,0% занимают болезни органов дыхания, 22,0% - травмы,



отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, 21,4% - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. На эти три класса болезней приходится 79,4% всех случаев заболеваний. Причем класс болезней травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин переходит на второе место.

В ходе исследования изучалась зависимость заболеваемости с временной утратой трудоспособности от социально-трудовых и социально-бытовых факторов. Так при изучении возраста больных по рассматриваемому виду заболеваемости установлена прямая корреляционная связь. В возрасте до 29 лет уровень заболеваемости составляет 1622,6 случаев, в возрасте 60 лет и старше – 2520,0 случаев на 1000 работающих. При рассмотрении влияния общего и профессионального стажа работы выявлено, что наиболее высокие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности характерны для стажевой группы от 3 до 10 лет.

При изучении образовательного ценза работающих установлено, что наибольшие уровни рассматриваемой заболеваемости характерны для лиц со средним образованием. Такой уровень образования имеют рабочие занятые непосредственно добычей угля - горнорабочие очистного забоя, проходчики, машинисты горных выемочных машин и другие.

Интересна взаимосвязь заболеваемости с временной утратой трудоспособности от самооценки состояния здоровья исследуемых и утомляемости во время работы. Лица негативно оценивающие свое здоровье, постоянно чувствующие усталость во время работы с плохим восстановлением сил организма к началу рабочей смены имеют более высокие уровни заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Установлена зависимость данной заболеваемости от курения. В группе курящих 20 лет и более



наблюдаются самые высокие ее уровни. Зависимость заболеваемости с временной утратой трудоспособности от частоты употребления алкоголя, хотя и показывает некоторые различия в ее уровнях, не нашла статистического подтверждения. Вместе с тем выявлена зависимость заболеваемости с временной утратой трудоспособности от режима питания. Трудящиеся постоянно несоблюдающие режим питания имеют более высокие уровни рассматриваемой заболеваемости.

В ходе исследования определялась зависимость уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности от режима и степени механизации труда. Установлено, что более высокие показатели данной заболеваемости характерны для работающих в дневную смену, когда проводятся наиболее тяжелые и ответственные работы. Выявлена зависимость заболеваемости с временной утратой трудоспособности от механизации труда. Наиболее высокий уровень данной заболеваемости отмечается при полностью механизированном трудовом процессе. Это объясняется большой ответственностью и напряженностью трудового процесса для работника по наблюдению за работой машин и механизмов.

Не показало статистически достоверной зависимости заболеваемости с временной утратой трудоспособности от удовлетворенности работой и семейного положения.

Важным фактором внешней среды, влияющим на здоровье населения является доступность медицинской помощи. В ходе исследования установлено, что трудящиеся угледобывающих предприятий обеспечены квалифицированной медицинской помощью представляемой широкой сетью лечебно-профилактических организаций. Вместе с тем опрос показал, что 55,4% трудящихся при заболеваниях не обращаются за медицинской помощью. Среди



причин такого не обращения называется недостаток времени (27,2% опрошенных) и самолечение (27,9% опрошенных).

Заключение

Для трудящихся угольных шахт характерны самые высокие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности по сравнению с другими отраслями народного хозяйства – 1435,0 случаев на 1000 работающих. Данный вид заболеваемости у шахтеров имеет свои особенности, где класс болезней травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин выходит на второе место.

Анализ влияния факторов внешней среды на заболеваемость с временной утратой трудоспособности показал ее зависимость от возраста, общего и профессионального стажа работы, утомления на работе, режима работы, механизации труда, образования, режима питания, курения, состояния здоровья и восстановления сил организма в период отдыха. Эти данные необходимо учитывать при формировании планов мероприятий по профилактике заболеваемости. Необходимо усилить пропаганду по своевременному обращению за медицинской помощью.

Медицинским работникам лечебно-профилактических организаций совместно с администрацией и общественными организациями предприятий следует проводить работу по пропаганде здорового образа жизни, оптимизации режима труда и отдыха.

Источники и литература / Sources and references:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Кемеровской области – Кузбассе в 2024 году». – Кемерово, 2024. – 271 с.



2. Ивойлов, В. М. Медико-социальные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем трудящихся угледобывающих предприятий / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. – 2012. – Т. 11, № 4. – С. 72-74. – EDN PUWOKX.

3. Ивойлов, В. М. Медико-социальные проблемы безопасности жизнедеятельности шахтеров / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины: сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 569-585. – EDN FCWXIV.

4. Ивойлов, В. М. Медицина экстремальных ситуаций в научно-образовательной деятельности Кемеровского государственного медицинского университета / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2025. – Т. 6, № 1. – С. 33-36. – EDN GQOITO.

5. Ивойлов, В. М. Организация лечебно-профилактической помощи работникам угольной отрасли в современных условиях / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 62-64. – EDN PURSEP.

6. Копытина, Н. В. Достижения и перспективы применения информационных технологий в медицине Кузбасса / Н. В. Копытина // История медицины в Сибири: материалы VI Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, Кемерово, 11–13 марта 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 88-92. – EDN ZGJACN.

7. Копытина, Н. В. Методика оценки достижения целевого значения критерия новой модели организации оказания медицинской помощи



«количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей» / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. С. Кырыкбаева // Прокузбасс 2023 : МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО ФОРУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 89-96. – EDN HSNGIP.

8. Копытина, Н. В. Роль информатизации в модернизации здравоохранения Кузбасса / Н. В. Копытина, Г. В. Акименко // Дневник науки. – 2025. – № 2(98). – EDN UENDVQ.

9. Копытина, Н. В. Роль медицинского вуза в реализации национальных проектов в здравоохранении / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. Л. Кан // Медицина в Кузбассе. – 2025. – Т. 24, № 3. – С. 5-10. – DOI 10.24412/2687-0053-2025-3-5-10. – EDN VKFJQX.

10. Перспективы развития регионального здравоохранения / В. М. Ивойлов, А. С. Сергеев, Г. Н. Царик, В. К. Цой // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право : Материалы Международного форума, Новосибирск, 30 ноября – 01 декабря 2012 года. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2012. – С. 162-166. – EDN TVOJBZ.

11. Современное состояние экономической безопасности Кемеровской области-Кузбасс / О. Ю. Тихонова, И. И. Берсенева, А. А. Сашко, В. Г. Вершинин // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2024. – Т. 14, № 5-1. – С. 243-252. – EDN XKIKZU.



РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Юдин С. А., Янко Е. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье анализируется роль психологической безопасности как ключевого условия развития личности и сохранения психического здоровья в образовательной среде. Рассматриваются теоретические подходы к определению понятий «психологическая безопасность» и «психологическое здоровье», выделяются основные факторы риска и деструктивные элементы (психологическое насилие, учебные перегрузки), препятствующие гармоничному становлению обучающихся. Особое внимание уделено обоснованию арт-терапевтических методов как эффективного инструмента формирования психологически защищенной среды и укрепления внутренних ресурсов личности. Статья адресована педагогам, психологам и специалистам сферы образования.

Ключевые слова: психологическая безопасность, образовательная среда, психологическое здоровье, развитие личности, арт-терапия.

PERSONALITY DEVELOPMENT THROUGH THE PRISM OF PSYCHOLOGICAL SAFETY

Yudin S. A., Yanko E. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The article analyzes the role of psychological safety as a key condition for personal development and the preservation of mental health in the educational



environment. It examines theoretical approaches to defining the concepts of "psychological safety" and "psychological health" and identifies the main risk factors and destructive elements (psychological abuse, academic overload) that hinder the harmonious development of students. Special attention is paid to the justification of art-therapeutic methods as an effective tool for creating a psychologically safe environment and strengthening the internal resources of the individual. The article is addressed to teachers, psychologists, and specialists in the field of education.

Keywords: psychological safety, educational environment, psychological health, personal development, and art therapy.

В ряду наиболее острых вызовов, стоящих перед современным обществом, вопрос обеспечения психологической безопасности личности, в образовательной среде, приобретает исключительную значимость. Показатель психологической безопасности выступает одним из приоритетных критериев не только с позиции гармоничного становления индивида, но также в контексте сохранения и упрочения его ментального благополучия. При этом психическое здоровье служит базисным условием жизнестойкости субъекта, в то время как состояние защищенности психики гарантирует его общее жизненное процветание.

В реалиях сегодняшнего социума и мира в целом аспекты безопасности приобретают критически острую значимость. Данное положение вещей во многом спровоцировано крупномасштабными изменениями, разворачивающимися на планете. Среди них особо выделяются инциденты техногенного характера и природные катаклизмы, колоссальное приумножение информационного шума, убыстрение повседневной гонки, а также изменение привычных форматов социальной коммуникации. Как следствие, происходит



размывание привычных рамок существования, базовая тяга к ощущению безопасности оказывается блокированной, а индивид перестает воспринимать среду как укрытие от разного рода деструктивных влияний извне [2].

Стоит особо отметить тот факт, что социально-психологическая безопасность личности и окружающего ее континуума, куда включена также и образовательная ниша, образуют единое целое и не могут рассматриваться изолированно. В совокупности они являют собой схему поступательного совершенствования и полноценного бытия индивида в процессе интеракции с обстоятельствами. В пространстве учебных организаций безопасность трактуется главным образом как ментальный каркас для осуществления процессов обучения и воспитания; закономерным результатом наличия такого каркаса становится усиление общего фона защищенности в рамках всего социума. [5].

В ходе рассмотрения спектра вопросов, касающихся безопасности, фокус внимания не должен ограничиваться исключительно материальной (физической) гранью; требуется учет и компонента психологической безопасности. Каждый стрессор, любое неординарное затруднение, возникающее на жизненном маршруте человека, влечет за собой включение компенсаторных механизмов и мобилизацию психических сил. Осуществление запроса на обретение чувства психологической защищенности понимается как императивное условие для сбережения интегративной цельности субъекта. Данный статус характеризуется переживанием удовлетворения от существующей реальности, наличием веры в грядущие перспективы и ярко проявленным ощущением неуязвимости личных предпочтений и духовных ориентиров. [6].

Датой первого упоминания категории «психологическая безопасность» в терминологическом значении принято считать 1995 год. Авторами ее исходного



определения выступили С.К. Рощин совместно с В.А. Сосниным. Согласно их формулировке, под данным феноменом следует понимать специфический статус массового сознания, в рамках которого как общественная макросистема, так и любая включенная в нее единица воспринимают сложившееся качество существования в качестве адекватного сложившимся условиям, стабильного во временной перспективе и обладающего достаточной степенью надежности. Именно этот статус позволяет не только закрывать спектр насущных потребностей в данный момент, но и испытывать чувство защищенности при взгляде в будущее [4].

Согласно позиции Н.А. Лызь, под данным понятием следует понимать совокупную защиту человека, которая наряду с внешними условиями включает в себя также и внутренние детерминанты безопасного существования. Речь идет о таком личностном опыте индивида, который кристаллизуется в его потенциальной и актуальной способности к распознаванию, предотвращению и избеганию неблагоприятных ситуаций. Эта готовность подкрепляется, как минимум, обладанием требуемым инструментарием знаний, умений и навыков, определенной степенью сформированности ощущений (перцепции), памяти, мыслительной деятельности и иных психических качеств, а кроме того — адекватно направленной мотивацией к поддержанию безопасности в процессе жизнедеятельности [13].

Соответственно, феномен безопасной личности можно трактовать как тип человека, создающего свою жизнь на принципах согласованности общественных реалий и естественной среды, успешно раскрывающего личные возможности и потребности. Такой человек не только ориентирован на обеспечение защитных механизмов вокруг себя, но и владеет искусством



обращения факторов риска в инструменты или условия для движения вперед по траектории развития.

Среди качеств, отвечающих за психологическую безопасность, дифференцируются: 1) индивидуально-психологические атрибуты — острота и независимость суждений (критичность мышления), концентрация сознания (внимание), волевой стержень и помехоустойчивость в эмоциональной сфере; 2) собственно личностные параметры — соразмерная самооценка, вектор на самореализацию (самоактуализация) и углубленное самопознание (рефлексия); 3) социально-психологические показатели — гармоничное согласование внутренних убеждений и представлений с внешней средой [13].

Согласно трактовке, предложенной И.А. Баевой совместно с Е.Б. Лактионовой, под термином «безопасность» следует подразумевать такое положение дел, при котором ключевые интересы личности, социума и страны в целом ограждены от потенциальных опасностей, исходящих как изнутри системы, так и извне. В свою очередь, феномен психологической безопасности ученые соотносят с конкретным качественным состоянием образовательной экосистемы. Ее отличительными признаками выступают: элиминирование любых элементов психологического принуждения или агрессии в ходе контактов; содействие утолению нужды в интимно-доверительных межличностных связях; формирование у участников ощущения принадлежности к эталонному, ценностно значимому окружению; и, наконец, создание условий, в которых психическое благополучие включенных в данный контекст лиц поддерживается на должном уровне [2].

Согласно трактовке, предложенной экспертами Всемирной организации здравоохранения, психологическое здоровье представляет собой статус благоприятного самочувствия и душевного равновесия. Находясь в данном



статусе, субъект располагает возможностями для раскрытия личностных ресурсов, преодоления повседневных затруднений и стрессовых нагрузок без ущерба для себя, ведения эффективной и созидательной профессиональной активности, а равно и для внесения персональной лепты в развитие и поддержание окружающего его социума [5].

При изучении феномена «психологическое здоровье» особый акцент делается на интегральном единстве телесной оболочки и внутреннего мира человека, причем значимость каждой из этих граней для гармоничной жизнедеятельности не подлежит сомнению. Всемирная организация здравоохранения, в свою очередь, предлагает перечень следующих аспектов, определяющих состояние психологического здоровья: осознанное восприятие непрерывающегося единства, стабильности и аутентичности своего физического и душевного «Я»; сохранение ощущения устойчивости и тождественности переживаний при столкновении со стандартными, шаблонными ситуациями; наличие критического взгляда на собственную персону, а также на продукты собственной психической деятельности и ее итоговые результаты; соответствие (пропорциональность) силы и частоты проявления психологических реакций интенсивности и повторяемости воздействий со стороны окружения; владение навыками волевого управления поступками и их согласования с универсальными социальными нормами, установленными правилами поведения и юридическими законами; потенциальная возможность к проектированию собственной жизни и способность воплощать намеченные планы в действительность; субъективное переживание личной состоятельности, описываемое установкой «Я знаю свои возможности и уверен в них». Таким образом, доминирующим смысловым ядром в определении психологического здоровья допустимо признать термин



«гармония». Речь идет о соблюдении определенного паритета не только во внутреннем пространстве субъекта — то есть в соотношении его физического состояния, личностных черт, эмоционального фона и психических процессов, — но и о согласованности между самим субъектом и условиями объективной реальности, в которую он погружен. Однако при этом крайне важно осознавать, что данный баланс представляет собой отнюдь не неподвижную константу, а процессуальное явление, которое закономерно видоизменяется и эволюционирует по мере прохождения индивидом этапов онтогенеза [16].

Г.С. Никифорова в проведенном исследовании выдвигает в роли базовых ориентиров психологического здоровья комплекс характеристик, охватывающих сферу психических процессов, актуальное состояние субъекта и его устойчивые личностные черты. В плоскости психических процессов индикаторами здоровья выступают: точность и адекватность отражения реальности в субъективных конструктах сознания; полноценная реализация личностного потенциала (самоактуализация); умение избирательно сосредотачивать сознание на объекте и сохранять его в поле памяти; а также способность к корректному логическому осмыслению и анализу сведений. Психическое состояние в данном контексте рассматривается сквозь призму эмоциональной выдержки и стабильности, гармоничности развития эмоций в соответствии с онтогенетическим этапом, умения конструктивно противостоять напору негативных аффектов (будь то тревога, ярость и пр.), а равно и свободы в проявлении собственных внутренних переживаний. Наконец, среди личностных свойств, свидетельствующих о здоровье, автор выделяет: оптимистический настрой, сосредоточенность на достижении целей, душевное равновесие, прямооту и искренность, соразмерность желаний и возможностей (реалистичный уровень притязаний),



самодостаточность и веру в себя, благожелательное отношение к окружающим, навыки саморегуляции и жизненную энергичность (активность) [8].

В фокусе современных исследований психологического здоровья находятся его многообразные составляющие: специфические черты, факторы, оказывающие влияние, и основные параметры оценки. Обращение к массиву психологической литературы позволяет сформулировать перечень ведущих индикаторов психологического здоровья, в который входят: устремленность к цели, автономия и независимость, высокая трудоспособность, потребность в самореализации, чувство долга и ответственности, эмоциональная открытость радости и соблюдение этических принципов.

На основании тех же источников становится возможным стратифицировать психологическое здоровье на несколько иерархических ступеней: 1) Креативная (высшая) ступень. Сюда относятся лица, обладающие устойчивой приспособляемостью к перманентно меняющейся обстановке. Они наделены достаточным запасом прочности и витальности для успешного выхода из сложных, порой экстремальных ситуаций. Отличительной чертой этой группы выступает инициативное, творческое отношение к действительности. 2) Адаптивная (средняя) ступень. Данную категорию составляют субъекты, в целом приспособленные к жизни в социуме, однако испытывающие хронически повышенный уровень тревоги. Они находятся в зоне потенциальной уязвимости, так как их энергетического потенциала часто не хватает для эффективного противостояния давлению стрессоров. Их психологическое здоровье не обладает запасом надежности и легко поддается эрозии. 3) Деадаптивная (низшая) ступень. Данный уровень характерен для людей с расстройством равновесия между процессами усвоения нового опыта (ассимиляцией) и перестройки внутренних схем под влиянием среды



(аккомодацией). Возникающие на этой почве внутренние конфликты разрешаются ими односторонне, с опорой исключительно на один из двух названных механизмов, что лишь усугубляет дезадаптацию [17].

Если запрос на ощущение безопасности среды остается без ответа или намеренно не принимается во внимание, это неизбежно ведет к зарождению глубинной напряженности, появлению критической оценки текущего порядка вещей и создает благоприятную почву для разрушительных форм реагирования. Оказавшись в накаленной атмосфере и не имея под ногами твердой почвы в виде чувства защищенности, человек мобилизует все ресурсы исключительно на устранение или нейтрализацию источника опасности. В подобных обстоятельствах стремление к росту, освоению новых знаний или развитию отходит на второй план, уступая место инстинктивному самосохранению [6].

В контексте образовательного учреждения под психологической безопасностью понимается такая конфигурация среды, в которой полностью элиминированы элементы психологического принуждения и агрессии. Данное положение дел содействует формированию доверительного характера коммуникации между участниками и, тем самым, служит фундаментом для обеспечения душевного благополучия и психологического здоровья каждого из вовлеченных лиц [7].

Многие другие ученые также предлагали авторские варианты определения, тем не менее, в каждой из версий неизменно фигурировал ключевой деструктивный элемент, подрывающий эмоциональное благополучие и угрожающий психическому здоровью. Этим элементом является насилие. Важно отметить, что его природа не сводится исключительно к физическому воздействию; куда более распространенными оказываются методы морального подавления и принижения личности. С проявлениями психологического насилия



индивид рискует встретиться повсеместно: как в университетской аудитории, так и в школьном классе, и в собственной семье. Его индикаторами служат унижительное отношение, жестокость и превышение допустимых границ власти со стороны доминирующего субъекта. Подобная вездесущность и многоликость насилия создает серьезные препятствия на пути внедрения мер профилактики, вследствие чего в каждом конкретном общественном институте вынужденно формируется собственный, уникальный арсенал противодействия [6].

И. А. Баева выделяет ряд ключевых предпосылок, наличие которых в образовательной экосистеме позволяет сформировать и поддерживать должный уровень психологической безопасности. В перечень этих условий входят: установление и культивирование доброжелательного стиля отношений; предоставление психологической опоры и сопровождения; обеспечение заботы о неуязвимости и комфорте каждого включенного в процесс лица; поддержание порядка и дисциплинарных требований; привитие и совершенствование навыков социальной коммуникации; а также наращивание степени участия родительского сообщества и социума в целом в деятельности по обустройству образовательного пространства для учащихся [3].

Доктор психологических наук В.И. Долгова придерживается позиции, согласно которой психологически безопасная развивающая среда представляет собой не разрозненный набор элементов, а именно единую, слаженную систему. В структуру этой системы исследователь включает: во-первых, теоретико-методологические основания для реализации здоровьесформирующих и здоровьесберегающих практик в стенах учебного заведения; во-вторых, методическую базу, сопровождающую указанный вид активности; и, в-третьих, специфический педагогический инструментарий, необходимый для достижения поставленных целей [10].



Ученый относит к факторам, способствующим становлению психологически безопасной среды в образовательной организации, ряд ключевых требований. Среди них: активное применение инновационных разработок и методик, ориентированных на сбережение здоровья; формирование и культивирование благоприятной психологической атмосферы; строгое следование высоким стандартам эстетики, гигиены и санитарного благополучия в обустройстве предметно-пространственного окружения; продуманная и целесообразная организация режима дня и быта дошкольников, принимающая в расчет их возрастные и психофизиологические характеристики; наконец, эффективная кооперация и согласованность действий всех сторон, участвующих в учебно-воспитательном процессе [1].

В стенах учебных заведений психологическое насилие нередко маскируется под насмешки, бранные высказывания, угрожающие жесты или полное исключение человека из коммуникативного поля (игнорирование). Итогом такого прессинга для жертвы становится падение учебных результатов, развитие симптоматики нервных срывов, укоренение чувства беспросветности, а порой и возникновение мыслей о добровольном уходе из жизни. Что касается понятия психологической безопасности, то его содержание многомерно. Оно может пониматься как барьер, ограждающий от чужеродного вмешательства, действенность которого обусловлена тонкой настройкой между потребностью в других и сохранением собственной независимости. Кроме того, психологическую безопасность правомерно рассматривать и как процессуальное явление — она заново конституируется в момент встречи участников внутри конкретной среды; и как ситуативный статус, то есть совокупность целенаправленно создаваемых обстоятельств, стоящих на страже благополучия человека и сообщества; и как индивидуальную характеристику,



свидетельствующую о достаточности внутреннего ресурса для оказания сопротивления и благополучного преодоления деструктивных внешних импульсов [9].

В психологически защищенной образовательной среде вуза у каждого вовлеченного в нее лица появляется шанс на удовлетворение социально значимых запросов, личностный рост, сохранение и приумножение чувства собственного достоинства, а также на полноценное раскрытие скрытых внутренних резервов. Содержание понятия психологической безопасности может быть раскрыто через несколько взаимодополняющих аспектов: 1) такое состояние, которое обеспечивает неприкосновенность и структурную целостность психики, свидетельствуя о высокой пластичности и приспособляемости человека; 2) комплекс условий, позволяющих индивиду прогрессировать и гибко действовать в контакте со средой. Такой субъект владеет навыками защиты от актуальных опасностей и умеет реконструировать вокруг себя безопасные связи и обстановку; то наличие ресурсов (как у среды, так и у индивида) для превентивного блокирования либо оперативного устранения возникающих угроз ментальному и физическому существованию — как персональному, так и коллективному. 3) Это особое пространство, в котором фокус внимания направлен на защиту присутствующих от психологического насилия, на сбережение их душевного и телесного здоровья, на реализацию потребности в основанной на доверии поддержке, а также на формирование чувства включенности в данную среду. В подобных обстоятельствах каждый сохраняет независимость, но при этом не утрачивает связи с общим контекстом. Таким образом, право именоваться безопасной с психологической точки зрения получает та образовательная среда, в отношении которой у большинства ее субъектов фиксируется позитивная установка, высокий уровень



удовлетворенности ее основными качествами и полное отсутствие индикаторов психологического насилия [6].

Обучение в вузе призвано решать двуединую задачу: с одной стороны, обеспечить студентам среду для приобретения актуальных знаний и отработки прикладных умений, а с другой - создать платформу для их вхождения в социум и внутреннего роста. Восприятие этих обстоятельств может колебаться в широком диапазоне - от сугубо положительного до откровенно отрицательного. Очевидно, что продуктивность и качество учебной деятельности будут несоизмеримо более высокими именно в том случае, когда условия оцениваются студентами со знаком «плюс» [11].

Достижение целевых ориентиров, поставленных перед вузом как ключевым социальным институтом, мыслимо лишь в условиях наличия психологически безопасного пространства. Отсутствие такового закономерно влечет за собой расстройство функций организма и угнетение душевного состояния. М.Г. Гераськина акцентирует внимание на следующих потенциально деструктивных факторах, свойственных учебным заведениям: 1) обучающая инфраструктура и бытовые условия (качество освещения, циркуляция воздуха, техническое насыщение аудиторного фонда и пр.). Приоритетная задача по обеспечению и сохранению благоприятных условий для учебы студентов и трудовой деятельности преподавателей находится в ведении вузовской администрации; 2) учебные перегрузки (неравномерность графика, чрезмерный объем заданий и проч.). Речь идет не только о телесной усталости, но и о ментальном истощении, грозящем перерасти в невротические состояния. Контроль за данным фактором риска обязаны осуществлять сообщество и педагоги, и руководство учебного заведения; 3) манера педагогического общения. Нередко преподаватели сами провоцируют нагнетание нездоровой конкуренции и



напряженности, публично превознося «звезд» и укоряя отстающих. Подобная практика порождает своего рода «оценочный невроз», при котором погоня за формальными показателями успеваемости вытесняет подлинный интерес к знанию, а сама учебная атмосфера становится токсичной и взвинченной [7].

Преподаватель, чей эмоциональный ресурс истощен, объективно не в состоянии выстраивать конструктивный диалог с аудиторией; напротив, его присутствие скорее способствует нагнетанию нездоровой психологической обстановки. Если на данное обстоятельство закрывать глаза или вовсе не придавать ему значения, негативные последствия неизбежно затронут не только студенческую среду, но и парализуют слаженную работу всего учебного заведения [12].

Целесообразно проанализировать спектр профилактических мер, ориентированных на ослабление угроз психологической защищенности в вузовской экосистеме. Принципиально значимым здесь является понимание того, что работа эта должна выстраиваться комплексно и стартовать она обязана еще до поступления человека в вуз — в период контактов с абитуриентами. Основной вектор усилий при этом задается необходимостью воспитания у молодежи способности к взвешенному, корректному самоопределению в профессии. Данный процесс отличается высокой степенью сложности и не может рассматриваться в отрыве от общего вектора развития личности [14].

Весь период обучения студента в вузе должен сопровождаться систематическим проведением работы, нацеленной на формирование его всесторонней психологической подготовленности к вхождению в профессию. Речь здесь идет не только об освоении конкретных компетенций (как узкопрофессиональных, так и широкого культурного профиля), но и о постоянном пополнении багажа представлений о будущем деле, о отработке



прикладных умений и навыков, а также о приложении усилий к раскрытию и наращиванию внутренних ресурсов личности самого студента [15].

Ключевым аспектом благополучия вузовской среды выступает беспрепятственный доступ к услугам психологической поддержки для каждого участника учебно-воспитательного процесса. Формальное присутствие психолога в штате учебного заведения само по себе не решает проблему; студенты и преподаватели должны быть осведомлены о том, что они могут воспользоваться этой помощью, и не сталкиваться с барьерами на пути к специалисту. Необходимым условием является наличие регламентированного времени для консультаций и создание такой обстановки, которая позволяла бы обращаться за поддержкой без опасений и дискомфорта [15].

Наряду с организационными и коммуникативными условиями обеспечения психологической безопасности, описанными выше, особое значение приобретает поиск инструментов, позволяющих личности самостоятельно восстанавливать внутреннее равновесие и простраивать границы защищенности. В этом контексте высокую эффективность демонстрируют методы арт-терапии, которые все чаще выходят за пределы клинической практики и интегрируются в образовательный процесс вуза и школы.

Важность применения арт-терапевтических техник для формирования чувства психологической безопасности обусловлена их невербальной, экологичной и ресурсно-ориентированной природой. Как отмечалось ранее, психологическое насилие и стресс в образовательной среде часто носят латентный характер и плохо поддаются вербализации. Жертва насмешек или «оценочного невроза» далеко не всегда способна артикулировать свой страх или тревогу. Арт-терапия предоставляет безопасный «обходной путь» для выражения подавленных эмоций (страха, агрессии, неуверенности) через



художественные образы, минуя психологические защиты и внутреннюю цензуру.

С точки зрения концепции психологической безопасности И.А. Бaeвой и Н.А. Лызь, арт-терапия работает сразу в нескольких ключевых направлениях, способствующих укреплению «безопасной личности»: Техники совместного рисования или создания групповых коллажей, способствуют элиминированию агрессии в коммуникации, формируя атмосферу принятия и безоценочного отношения к результату творчества. Это, по нашему мнению, способствует снижению уровня психологического насилия; 2) Работа с метафорическими картами, создание мандал или ведение художественного дневника (скетчбука) напрямую отвечают задаче углубления самопознания (рефлексии) способствует развитию рефлексии и самопознания; 3) групповые арт-терапевтические сессии (создание общей фрески, работа с гримом и театрализацией) создают уникальный опыт интимно-доверительного общения, что способствует формированию чувства принадлежности.

Особо стоит подчеркнуть ценность арт-терапии для преодоления «дезадаптивной ступени» психологического здоровья (по О.В. Хухлаевой). Для студентов, находящихся в состоянии дисбаланса ассимиляции и аккомодации, творческий процесс становится безопасным полигоном для экспериментов с новыми ролями и моделями поведения. Рисуя свой «остров безопасности» или «герб психологической устойчивости», личность не только проецирует текущее состояние, но и моделирует желаемое будущее, восстанавливая веру в грядущие перспективы — то есть тот самый компонент, который С.К. Рощин и В.А. Соснин считали неотъемлемой частью психологической безопасности.

Таким образом, интеграция арт-терапевтических техник в воспитательную работу является научно обоснованным и практичным способом создания



психологически защищенной среды, где индивид способен не только выживать, но и гармонично развиваться, обращая факторы риска в ресурсы личностного роста.

Источники и литература / Sources and references:

1. Аплеева, И.А. Формирование психологически безопасной развивающей среды в условиях дошкольного образовательного учреждения: выпускная квалификационная работа /И.А. Аплеева, В.И Долгова. – Челябинск: ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ». 2017. – 140 с.
2. Баева И. А. Психологическая безопасность в образовании: Монография. – СПб., 2002. – 270 с.
3. Бакин, М.В. Формирование психологически комфортной и безопасной образовательной среды: учеб. пособие / М.В. Бакин. Ярослав. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль: ЯрГУ, 2014. – 108 с.
4. Бакланова Н. К., Иванова Т. С., Колот В. В. К проблеме создания психологически безопасной образовательной среды: целостный подход // Московский педагогический журнал. – 2018. – №3. – URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-sozdaniya-psihologicheskii-bezopasnoyobrazovatelnoy-sredy-tselostnyy-podhod> (дата обращения: 07.10.2024).
5. Бутова, Л. А. Социально-психологическая безопасность образовательной среды в классе как фактор успешности обучающихся / Л. А. Бутова, А. А. Коробкова // Образование XXI века: факторы и предикторы успешности освоения образовательной программы школьниками: материалы Международной научной конференции, Липецк, 20 октября 2022 года. – Липецк: Липецкий государственный педагогический университет имени П.П. Семенова-Тян-Шанского, 2022. – С. 123-126. – EDN VBGQSD.



6. Везетиу, Е. В. Обеспечение психологической безопасности образовательной среды в вузе / Е. В. Везетиу // Современная наука, общество и образование: актуальные вопросы, достижения и инновации: Монография. – Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2024. – С. 72-81. – EDN YBUJFD.

7. Гераськина М. Г. Психологическая характеристика безопасности образовательных учреждений // Вестник ТГУ. Гуманитарные науки. Психология.

8. Гончаренко Л.П., Куценко Е.С. Управление безопасностью: учебное пособие. М.: КНОРУС, 2017.

9. Гурьева Д. Х. Теоретическое обоснование психологической безопасности образовательной среды // Вестн. Сам. гос. техн. ун-та. Сер. Психологопедагогич. науки. – 2014. – №3 (23). – URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskoe-obosnovanie-psihologicheskoy-bezopasnosti-obrazovatelnoy-sredy> (дата обращения: 08.10.2024).

10. Долгова, В.И. Здоровьесберегающая психологически безопасная развивающая среда дошкольного образовательного учреждения [Электронный ресурс] / В.И. Долгова, И.А. Аплеева // Ученые записки университета Лесгафта. – 2016. – № 6(136). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdoroviesberegayuschaya-psihologicheski-bezopasnayarazvivayuschaya-sreda-doshkolnogo-obrazovatelno-uchrezhdeniya> (дата обращения: 20.07.2018)].

11. Закотнова Е. Ю., Корытова Г. С. Психологическая безопасность личности в образовательной среде высшего учебного заведения // Научнопедагогическое обозрение. – 2016. – № 4. – С. 13-17.



12. Корицова Г. С., Закотнова Е. Ю. Психологическая безопасность и защищенность образовательной среды: факторы риска, угрозы и условия // Вестник ТГПУ. – 2015. – №9 (162). – С. 96-102.
13. Лызь Н.А. Развитие безопасной личности в образовательном процессе вуза. Таганрог: ТРТУ, 2005.
14. Проблемы психологической безопасности / отв. ред. А. Л. Журавлев, Н. В. Тарабрина. – М.: Ин-т психологии РАН, 2012. – 440 с.
15. Психологическая безопасность образовательной среды вуза: Материалы всероссийской научной конференции (Нижний Новгород, 14 дек. 2018 г.) /Отв. за вып. проф. Г. В. Сорокоумова. – Н. Новгород: НГЛУ, 2018. – 96 с.
16. Психологическое здоровье // Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (датаобращения: 17.02.2020)
17. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб, заведений. М.: Академия, 2001. 208 с.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ТУБЕРКУЛЕЗОМ И РАССТРОЙСТВАМИ, СВЯЗАННЫМИ
С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, В УСЛОВИЯХ
ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР**

Яковлев А. С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Аннотация. Сочетание туберкулеза (ТБ) и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (РУП), представляет собой серьезную медико-социальную проблему, усугубляющуюся в условиях экстремальных ситуаций. **Цель обзора** — анализ психологических особенностей поведения данной когорты пациентов и факторов, влияющих на комплаенс. **Материалы и методы.** Проведен нарративный обзор литературы с использованием баз данных PubMed, MedLine и руководств Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). **Результаты.** Выявлен высокий уровень коморбидности: показатели психических расстройств у пациентов с ТБ достигают 70%, а расстройства, связанные с употреблением алкоголя, значительно повышают риск развития ТБ. Ключевыми психологическими детерминантами поведения выступают стигма, депрессия, тревога и личностные особенности (нейротизм, импульсивность). Установлено, что коморбидная патология негативно влияет на приверженность лечению: до 58,7% случаев прерывания терапии связано с употреблением алкоголя. **Заключение.** Экстремальные условия (пандемии, гуманитарные кризисы) потенцируют психопатологические проявления. Эффективность терапии определяется своевременной диагностикой РУП и интеграцией психиатрической помощи в фтизиатрическую службу.

Ключевые слова: туберкулез, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, психологические особенности, стигма, комплаенс, нарративный обзор.



PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS AND RELATED DISORDERS WITH THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES, IN AN EXTREME SITUATION: NARRATIVE REVIEW

Yakovlev A. S.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University

Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. The combination of tuberculosis (TB) and substance use disorders (SUD) is a serious medical and social problem that is exacerbated in extreme situations. **The aim of this review** is to analyze the psychological characteristics of this patient cohort and the factors that affect compliance. **Materials and methods.** A narrative review of the literature was conducted using the PubMed, MedLine databases and the World Health Organization (WHO) guidelines. **Results.** A high level of comorbidity was identified: the rates of mental disorders in TB patients reach 70%, and alcohol-related disorders significantly increase the risk of TB development. Stigma, depression, anxiety, and personality traits (neuroticism, impulsivity) are key psychological determinants of behavior. It was found that comorbid pathology negatively affects treatment adherence: up to 58.7% of treatment interruptions are associated with alcohol consumption. **Conclusion.** Extreme conditions (pandemics, humanitarian crises) potentiate psychopathological manifestations. The effectiveness of therapy is determined by timely diagnosis of RUP and the integration of psychiatric care into the TB service.

Keywords: tuberculosis, substance use disorders, psychological characteristics, stigma, compliance, narrative review.



Введение

Экстремальные ситуации, будь то природные катаклизмы, военные конфликты, техногенные катастрофы или пандемии, представляют собой серьезное испытание для психики любого человека. Однако для пациентов, страдающих одновременно туберкулезом (ТБ) и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (РУПВ), эти условия становятся особенно сложными и опасными. Сочетание хронического заболевания, требующего длительного и строгого лечения, и зависимости, подрывающей физическое и психическое здоровье, создает уникальный комплекс психологических особенностей поведения, которые необходимо учитывать при оказании помощи.

Туберкулез (ТБ) остается одной из ведущих причин инвалидности и смертности в мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), почти 1 миллиард человек живут с психическими расстройствами, при этом пациенты с ТБ имеют повышенный риск развития психических заболеваний и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (РУП). Ситуация усугубляется при их сочетанном течении, особенно в условиях экстремальных ситуаций (вооруженные конфликты, пандемии, стихийные бедствия), где доступ к медицинской помощи ограничен, а психотравмирующие факторы приобретают максимальную интенсивность.

В то время как физические последствия ТБ изучены достаточно полно, психологические аспекты поведения пациентов с коморбидными РУП остаются менее исследованными. Данный пробел критичен, поскольку именно поведенческие факторы (отказ от лечения, сокрытие контактов, девиантное поведение) определяют как индивидуальный прогноз, так и эпидемиологическую ситуацию в очаге инфекции. Цель настоящего обзора -



обобщить современные данные о психологических особенностях пациентов с ТБ и РУП для оптимизации стратегий медицинского сопровождения в кризисных условиях.

Материалы и методы

Проведен нарративный обзор литературы. Поиск осуществлялся в электронных базах данных PubMed, MedLine, а также в репозиториях ВОЗ и ScienceDirect. Глубина поиска составила 10 лет (2014–2024 гг.), однако в обзор были включены также ключевые более ранние работы, определившие развитие данной области.

Поисковые запросы включали комбинации ключевых слов: *tuberculosis, substance use disorders, alcohol, mental health, stigma, adherence, extreme situations*, а также их русскоязычные эквиваленты. В обзор включались оригинальные исследования, систематические обзоры и руководства ВОЗ. Из 68 первоначально найденных источников после удаления дубликатов и отбора по релевантности (акцент на коморбидность ТБ + РУП + психологические предикторы поведения) было проанализировано 9 ключевых публикаций.

Результаты и обсуждение

Анализ литературы подтверждает высокую распространенность РУП среди пациентов с ТБ. По данным обзора Doherty et al., частота психических расстройств в когорте больных ТБ варьирует от 40% до 70%. При этом алкогольная зависимость является одним из мощнейших факторов риска развития ТБ, увеличивая восприимчивость к инфекции за счет угнетения альвеолярного фагоцитоза и иммунных нарушений. В исследовании, проведенном в Перу среди пациентов с широко лекарственно-устойчивым ТБ (ШЛУ-ТБ), распространенность текущих психических расстройств (депрессия,



тревога, психоз) составила 22,4%, а текущее употребление алкоголя/наркотиков зафиксировано у 20,4% пациентов.

Индийское пилотное исследование Veeraraghavan et al. демонстрирует еще более тревожные цифры: 72,5% пациентов с ТБ, прервавших терапию, соответствовали критериям синдрома зависимости от алкоголя [1]. Это указывает на то, что РУП не просто сопутствующий фактор, а ведущий драйвер патологического поведения.

Психологические детерминанты поведения в экстремальных условиях

Поведение пациентов с дуальной патологией (ТБ + РУП) характеризуется специфическими паттернами, которые потенцируются в экстремальной ситуации. Ключевыми детерминантами выступают:

Стигма и самоклеймение

Пациенты с ТБ сталкиваются со стигмой, связанной с инфекционным заболеванием. При добавлении РУП возникает эффект «двойной стигмы». Как отмечается в работе Izudi et al., стигма задерживает диагностику и нарушает непрерывность оказания помощи [2]. В экстремальной ситуации (например, в условиях карантина или социальной изоляции) стигматизация усиливается, провоцируя сокрытие болезни и небезопасное поведение в отношении окружающих. Психологически пациенты уходят в отрицание, минимизацию симптомов или агрессию.

Эмоциональные расстройства (депрессия и тревога)

ВОЗ подчеркивает, что психологический стресс, ассоциированный с ТБ и дискриминацией, может спровоцировать или обострить депрессию [3]. Депрессия у данной категории пациентов имеет двойную природу: реактивную (на факт заболевания и изоляцию) и индуцированную (побочные эффекты



противотуберкулезных препаратов, таких как циклосерин, ассоциированный с депрессией и психозами).

На фоне РУП депрессивная симптоматика часто атипична, маскируется под алкогольное оглушение или абстиненцию, что затрудняет диагностику. Экстремальная ситуация (стресс, нехватка ресурсов) выступает триггером для рецидива употребления ПАВ как формы «самолечения» аффективных расстройств.

Личностные особенности и копинг-стратегии

Хотя исследований личности пациентов с ТБ+РУП мало, имеются данные о высокой частоте импульсивного и диссоциального поведения. В исследовании Veeraraghavan et al. изучались факторы «пятифакторной модели» личности [4]. Предварительные результаты указывают на высокий уровень нейротизма и низкий уровень добросовестности у пациентов, прерывающих лечение на фоне алкоголизма. Такие пациенты характеризуются:

- Низкой фрустрационной толерантностью: неспособностью переносить дискомфорт от побочных эффектов терапии.
- Ориентацией на немедленное удовлетворение: потребность в алкоголе или наркотике доминирует над долгосрочной целью излечения от ТБ.
- Нарушением волевого контроля: неспособность соблюдать режим (ежедневный прием таблеток) в отсутствие внешнего контроля.

В экстремальной ситуации, когда система здравоохранения работает со сбоями, эти личностные черты приводят к катастрофическому падению комплаенса.

Коморбидность РУП является самым сильным предиктором неблагоприятных исходов лечения ТБ. Механизмы негативного влияния многообразны.



Медикаментозные взаимодействия создают физиологический барьер для лечения. Рифампицин (ключевой препарат против ТБ) индуцирует печеночные ферменты, ускоряя метаболизм антипсихотиков и антидепрессантов, что снижает эффективность психиатрической терапии. С другой стороны, алкоголь и психоактивные вещества гепатотоксичны, что увеличивает риск поражения печени на фоне противотуберкулезной терапии. Этот конфликт фармакодинамики часто приводит к тому, что пациенты (или врачи) выбирают «лечить что-то одно», игнорируя второе заболевание.

Поведенческий фактор играет не менее важную роль. В индийском исследовании 58,7% пациентов назвали употребление алкоголя прямой причиной прекращения приема противотуберкулезных препаратов [1]. В условиях экстремальной ситуации, когда медицинские работники могут не проводить контролируемое лечение (DOT-терапия), пациенты с РУП практически гарантированно выбывают из системы здравоохранения. Они пропускают визиты, исчезают на длительные «запой», а возвращаясь, часто оказываются с прогрессирующим процессом и лекарственной устойчивостью [5].

Пути преодоления: интегративный подход

Экстремальные условия требуют отказа от линейных моделей помощи в пользу интегрированных. Современные руководства ВОЗ (Module 6, 2024) настаивают на скрининге всех пациентов с ТБ на РУП и расстройства психики. Однако в кризисной ситуации алгоритмы должны быть адаптированы:

1. Упрощенный скрининг: использование коротких шкал (AUDIT-C для алкоголя, PHQ-2 для депрессии), которые может заполнить сам пациент или обученный волонтер.



2. Мотивационное консультирование: краткие интервенции, направленные на снижение вреда от употребления ПАВ, даже если полный отказ невозможен.

3. Психосоциальная поддержка: как показал опыт Перу, создание групп психосоциальной поддержки для пациентов с МЛУ-ТБ снизило уровень прерывания лечения до 3% [6].

4. Работа со стигмой: проведение антистигматических мероприятий как среди медицинского персонала (чтобы избежать «обвинения жертвы»), так и в сообществе.

Заключение

Психологические особенности поведения пациентов с туберкулезом и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, формируются под влиянием триады факторов: биологического (аддикция как болезнь), психологического (личностная уязвимость, низкая толерантность к стрессу) и социального (стигма, изоляция). В условиях экстремальной ситуации эти факторы суммируются, превращая пациента либо в «эпидемиологического изгоя», либо в источник распространения резистентных форм инфекции.

Клиническая практика требует отхода от узкоспециализированного подхода. Эффективная помощь возможна только при реализации интегративных моделей, где фтизиатр, нарколог и психолог работают в единой связке, а терапия психических расстройств рассматривается как необходимое условие излечения туберкулеза. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку и апробацию протоколов психологической коррекции для пациентов с дуальной патологией в условиях ограниченного доступа к медицинской помощи.



Источники и литература / Sources and references:

1. World Health Organization. (2024). *WHO Operational Handbook on Tuberculosis. Module 6: Tuberculosis and comorbidities*. Geneva: WHO.
2. Verma, A. K., & Singh, A. (2024). Psychological disorders in tuberculosis: A narrative review. *The Indian Journal of Tuberculosis*, 71 Suppl 2, S162–S164.
3. Doherty, A. M., Kelly, J., McDonald, C., et al. (2013). A review of the interplay between tuberculosis and mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 398–406.
4. Sweetland, A. C., et al. (2017). Mental disorders and drug/alcohol use in patients commencing extensively drug-resistant tuberculosis treatment. *Public Health Action*, 7(3), 237–239.
5. Veeraraghavan, V., & Srinivasan, K. (2021). Alcohol use, mental disorder comorbidity and personality factors as a reason for anti-tubercular drug discontinuation in a tertiary health care centre in south India – A pilot study. *Alcoholism and Drug Addiction*, 34(2), 111–118.
6. Izudi, J., Bajunirwe, F., Cattamanchi, A., & West, N. (2025). Addressing Stigma, Mental Well-Being, and Alcohol Use among People with Tuberculosis in Sub-Saharan Africa: A Call for an Integrated Care Model. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 113(4), 720–722.



ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ КАК ПРИЧИНА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ВЗРОСЛЫХ: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Яковлев А. С., Яковлева А. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье представлен анализ современных научных данных о связи чрезвычайных ситуаций с развитием посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у взрослых. Рассматриваются эпидемиологические показатели распространенности ПТСР среди различных групп населения, переживших травматические события, включая пострадавших гражданских лиц и специалистов экстренных служб. Анализируются ключевые факторы риска, определяющие индивидуальную уязвимость к развитию ПТСР после воздействия чрезвычайных ситуаций, а также гендерные различия в клинической картине расстройства. Особое внимание уделяется специфике симптоматики у специалистов экстренных профессий, характеризующейся преобладанием дисфорических проявлений. Обсуждаются возможности раннего выявления лиц с высоким риском развития ПТСР на этапе оказания экстренной медицинской помощи.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, чрезвычайные ситуации, факторы риска, гендерные различия, специалисты экстренных служб, травма-информированная помощь.



EMERGENCY SITUATIONS AS A CAUSE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN ADULTS: ANALYSIS OF RISK FACTORS AND CLINICAL FEATURES

Yakovlev A. S., Yakovleva A. A.

Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article presents an analysis of current scientific data on the relationship between emergency situations and the development of post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. It examines the epidemiological indicators of the prevalence of PTSD among various population groups that have experienced traumatic events, including civilian victims and emergency service professionals. The article analyzes the key risk factors that determine individual vulnerability to the development of PTSD after exposure to emergency situations, as well as gender differences in the clinical presentation of the disorder. Special attention is given to the specific symptoms in emergency professionals, which are characterized by a predominance of dysphoric manifestations. The possibilities of early detection of individuals with a high risk of developing PTSD at the stage of emergency medical care are discussed.

Keywords: post-traumatic stress disorder, emergencies, risk factors, gender differences, emergency medical professionals, trauma-informed care.

Введение

Чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера представляют собой значимую угрозу не только для физического здоровья, но и для психического благополучия населения. Воздействие травматических событий, связанных с угрозой жизни, серьезными травмами или смертью, может приводить к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) —



состояния, характеризующегося стойкими интенсивными реакциями на напоминания о травме, нарушениями настроения, сна и повышенной настороженностью [1].

Согласно эпидемиологическим данным, примерно 70% населения в течение жизни сталкиваются хотя бы с одним травматическим событием [2]. Однако развитие ПТСР после такого опыта происходит не у всех: примерно 10–20% людей, переживших травматическое событие, впоследствии соответствуют диагностическим критериям этого расстройства [1, 3]. Значительный разброс показателей распространенности ПТСР в различных исследованиях (от 1% до 37%) отражает неоднородность изучаемых популяций, различия в типах травматического воздействия и методологии исследований [2].

Особую категорию составляют специалисты экстренных служб — пожарные, сотрудники полиции, медицинские работники скорой помощи, которые в силу профессиональной деятельности ежедневно подвергаются воздействию потенциально травматических ситуаций. Мета-анализ 28 исследований показывает, что 10–11% специалистов экстренных служб страдают ПТСР, а субсиндромальные проявления наблюдаются еще у 7–16% [4].

Целью настоящей статьи является систематизация современных научных данных о факторах риска развития ПТСР после чрезвычайных ситуаций, а также анализ клинических особенностей расстройства в различных группах пострадавших.

Эпидемиология ПТСР при чрезвычайных ситуациях

Гражданское население

Распространенность ПТСР среди лиц, переживших чрезвычайные ситуации, варьирует в широких пределах. В общей популяции США пожизненная распространенность ПТСР составляет примерно 6,8% [2].



Исследование, проведенное в Португалии с участием 2606 респондентов, выявило распространенность симптомов ПТСР на уровне 7,87% [2].

Более высокие показатели отмечаются среди непосредственных жертв чрезвычайных ситуаций. Кросс-секционное исследование, проведенное в Казахстане с участием 872 участников (551 специалист экстренных служб и 321 пострадавший), показало, что симптомы ПТСР выявляются у 33,1% пострадавших от чрезвычайных ситуаций [5]. В регионах, затронутых вооруженными конфликтами, показатели распространенности могут достигать 37% [2].

Среди гражданского населения, обращающегося за лечением после единичного травматического инцидента, распространенность ПТСР варьирует от 10% до 40% [6]. В выборке из 527 взрослых пациентов травматологического центра уровень симптомов ПТСР, измеренный непосредственно после травмы, был значимо связан с такими факторами, как молодой возраст, принадлежность к этническим меньшинствам, травма, связанная с насилием, безработица, низкий доход семьи и несостояние в браке [6].

Специалисты экстренных служб

Профессиональная деятельность специалистов экстренных служб сопряжена с повторяющимся воздействием травматических событий. Показатели распространенности ПТСР в этой группе варьируют в зависимости от конкретной профессии: от 20% до 30% среди персонала экстренной медицинской помощи, 14,2% среди сотрудников полиции Великобритании, 11% среди работников скорой помощи [2].

В исследовании казахстанских специалистов экстренных служб симптомы ПТСР были выявлены у 17,3% респондентов [5]. Среди португальских военнослужащих, участвовавших в миротворческих миссиях,



распространенность симптомов ПТСР составила 22,5%, а среди ветеранов колониальной войны — 39% [2].

Важно отметить, что в некоторых исследованиях, сравнивающих специалистов экстренных служб и население в целом, не выявлено значимых различий в уровне симптомов ПТСР. Например, в португальском исследовании с участием 672 специалистов экстренных служб и 137 представителей общей популяции распространенность ПТСР составила 15,2% и 13,1% соответственно, причем различия не достигли статистической значимости [2]. Этот феномен может быть объяснен эффектом «здорового работника» (профессиональным отсеком лиц с низкой стрессоустойчивостью), а также наличием профессиональной подготовки и психологической защиты [2].

Факторы риска развития ПТСР

Не все травматические события обладают равным психотравмирующим потенциалом. Многофакторный анализ показывает, что травмы, связанные с насилием (ассаультивные травмы), являются наиболее сильным предиктором развития ПТСР. В исследовании Chiu и соавт. (2011) именно ассаультивная травма и низкий социально-экономический статус объясняли 9,3% дисперсии показателей тяжести ПТСР, тогда как возраст сам по себе не являлся независимым фактором риска после учета этих переменных [6].

Длительность воздействия и множественность травматических событий также повышают риск развития ПТСР. У специалистов экстренных служб, которые сталкиваются с травматическими ситуациями ежедневно, кумулятивный эффект травматизации может способствовать формированию более тяжелых и хронических форм расстройства [4].



Социально-демографические факторы

Наиболее последовательным демографическим предиктором ПТСР является пол. Женщины демонстрируют в два-три раза более высокий риск развития ПТСР по сравнению с мужчинами, даже при сопоставимом уровне травматического воздействия [1, 7]. В португальском общем популяционном исследовании распространенность симптомов ПТСР составила 11,4% среди женщин против 4,8% среди мужчин [2].

Возраст также рассматривается как потенциальный фактор риска: исследование казахстанских специалистов выявило умеренную положительную корреляцию между возрастом и тяжестью симптомов ПТСР ($r=0,42$; $p<0,001$), а каждый дополнительный год возраста увеличивал odds ratio до 1,05 [5]. Однако, как отмечалось выше, связь возраста с ПТСР может быть опосредована другими факторами, в частности, более высоким риском ассаультивной травмы среди молодых людей [6].

Низкий социально-экономический статус, безработица и принадлежность к этническим меньшинствам также ассоциируются с повышенным риском ПТСР [6].

Психопатологические предикторы

Наличие предшествующих психических расстройств значительно повышает уязвимость к развитию ПТСР после травматического события. Исследования показывают, что люди с любым предшествующим психиатрическим диагнозом имеют примерно шестикратно повышенный риск развития ПТСР после стрессового события [8].

В исследовании португальских специалистов экстренных служб и населения в целом был проведен регрессионный анализ для выявления предикторов симптомов ПТСР. Значимыми предикторами выступили: симптомы



тревоги, депрессии, обсессивно-компульсивные тенденции, враждебность, параноидное мышление, психотицизм, а также лично пережитые травматические события. Демографические переменные не показали значимой прогностической ценности [2].

Генетические факторы

Исследования близнецов позволяют оценить вклад наследственности в развитие ПТСР примерно в 30%. Генетические факторы могут влиять на функционирование системы стрессового ответа организма, делая некоторых людей более реактивными в угрожающих ситуациях [8]. Однако генетическая предрасположенность не является детерминирующей — люди с низким генетическим риском также могут развить ПТСР после тяжелой травмы, и наоборот.

Гендерные различия в клинической картине ПТСР

Гендерные различия в ПТСР не ограничиваются эпидемиологическими показателями — они также проявляются в клинической картине расстройства. Женщины чаще демонстрируют выраженные острые симптомы, такие как повторное переживание травмы, гиперактивность и эмоциональный дистресс, которые являются сильными предикторами хронического течения ПТСР [1, 7]. Они также чаще сталкиваются с травмами, связанными с межличностным насилием [1].

Мужчины, напротив, чаще проявляют диссоциативные симптомы и склонны к отсроченному обращению за помощью [1]. Среди специалистов экстренных служб, где преобладают мужчины, наблюдается высокая распространенность эмоционального онемения и подавления эмоций, что может рассматриваться как специфический адаптивный, но потенциально дезадаптивный в долгосрочной перспективе механизм совладания [4].



Эти различия имеют важное клиническое значение: понимание гендерно-специфических паттернов симптоматики позволяет разрабатывать более персонализированные подходы к профилактике и лечению ПТСР.

Особенности ПТСР у специалистов экстренных служб

Специалисты экстренных служб представляют собой уникальную группу с точки зрения как характера травматического воздействия, так и клинических проявлений ПТСР. Сравнительное исследование 128 специалистов экстренных служб и 182 гражданских лиц, обратившихся за лечением ПТСР, выявило значимые различия в клиническом профиле [4].

Специалисты экстренных служб демонстрировали более высокие показатели дисфорического кластера симптомов, включая снижение интереса, эмоциональное онемение и социальную отстраненность. При этом у них реже наблюдались психологическая реактивность и избегание ситуаций по сравнению с гражданскими лицами с ПТСР [4]. Кроме того, у специалистов экстренных служб отмечались более высокий уровень депрессии и подавленной агрессии.

Эти данные имеют важное клиническое значение, поскольку дисфорические симптомы предиктируют более низкую эффективность лечения и требуют специфического внимания в терапии ПТСР у данной категории пациентов. Предполагаемый механизм формирования дисфорической симптоматики связан с длительным воздействием множественных травматических событий, кумулятивным эффектом симптомов ПТСР с течением времени и распространенной среди специалистов экстренных служб стратегией подавления эмоционального выражения [4].

Возможности раннего выявления и профилактики

Экстренные отделения стационаров часто являются первым звеном медицинской помощи для лиц, переживших травматическое событие, что



создает уникальную возможность для раннего выявления лиц с высоким риском развития ПТСР и проведения первичных профилактических вмешательств [1].

Концепция травма-информированной помощи (trauma-informed care) предполагает внедрение в рутинную практику экстренных отделений ряда мероприятий, направленных на снижение риска ПТСР. К ним относятся: использование кратких валидизированных скрининговых инструментов для оценки риска ПТСР, обучение персонала принципам травма-информированного общения (четкие объяснения, получение согласия перед контактом, защита конфиденциальности), а также организация эффективного взаимодействия с психиатрическими службами для обеспечения своевременного направления пациентов на специализированное лечение [1].

Особого внимания заслуживает гендерно-сенситивный подход: учитывая различия в клинических проявлениях ПТСР у мужчин и женщин, скрининговые и профилактические вмешательства должны быть адаптированы с учетом этих особенностей. Универсальные практики, такие как обеспечение психологической безопасности в физической среде отделения, могут быть особенно важны для женщин, у которых выше риск повторной травматизации [1].

Заключение

Чрезвычайные ситуации являются значимой причиной развития посттравматического стрессового расстройства у взрослых. Распространенность ПТСР варьирует от 10% до 40% среди пострадавших, достигая наиболее высоких показателей (до 33%) среди непосредственных жертв чрезвычайных ситуаций и у специалистов экстренных служб.

Ключевыми факторами риска развития ПТСР выступают женский пол, низкий социально-экономический статус, травмы, связанные с насилием,



наличие предшествующих психических расстройств, а также кумулятивный эффект многократной травматизации. Гендерные различия проявляются не только в частоте встречаемости, но и в клинической картине расстройства.

Специалисты экстренных служб демонстрируют специфический клинический профиль ПТСР с преобладанием дисфорических симптомов (эмоциональное онемение, социальная отстраненность, подавленная агрессия), что требует особого подхода к терапии.

Раннее выявление лиц с высоким риском развития ПТСР на этапе оказания экстренной медицинской помощи, внедрение травма-информированных подходов и организация своевременного направления на специализированное лечение являются ключевыми стратегиями профилактики хронификации расстройства и снижения связанного с ним бремени.

Источники и литература / Sources and references:

1. Larsen SE, Davis JIM, Murphy N, Moukaddam NJ. Mitigating Post-Traumatic Stress Disorder Risk Through Gender-Sensitive Trauma-Informed Care in the Emergency Department—A Narrative Review. *The Journal of Emergency Medicine*. 2026;80:241-251.
2. Traumatic Events, Psychopathology, and Post-Traumatic Stress Disorder in the General Community and First Responders: Presence of Symptoms and Associated Factors. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2025;15(12):241.
3. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*. 2017;376(25):2459-2469.
4. Bryant RA, et al. The nature of posttraumatic stress disorder in treatment-seeking first responders. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(1):2011602.



5. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AMONG EMERGENCY RESPONDERS AND VICTIMS OF DISASTERS IN KAZAKHSTAN: PREVALENCE, RISK FACTORS, AND REHABILITATION NEEDS. *Georgian Medical News*. 2025.

6. Chiu KB, Deroon-Cassini TA, Brasel KJ. Factors identifying risk for psychological distress in the civilian trauma population. *Academic Emergency Medicine*. 2011;18(11):1156-1160.

7. Street AE, Dardis CM. Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*. 2018;66:97-105.

8. PTSD Risk Factors: Who Is Most at Risk for Trauma Disorders? AMFM Treatment. 2025.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА КЛИНИЧЕСКИХ
ПСИХОЛОГОВ К ПРАКТИКЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ СВО:
ПРОБЛЕМЫ И ВЕКТОР РАЗВИТИЯ**

Янко Е. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматривается актуальная проблема дефицитарности системы профессиональной подготовки педагогов-психологов к работе с семьей участника боевых действий (СВО). Анализируются ключевые противоречия между запросом со стороны системы образования и социальной защиты на специалистов, владеющих технологиями кризисной и посттравматической помощи, и содержанием существующих образовательных



программ. Выявлены основные содержательные, методические и организационные проблемы подготовки. Предложен вектор развития системы профессиональной подготовки, включающий интеграцию клинико-психологических компетенций, модульный принцип обучения и формирование устойчивости самого специалиста к вторичной травматизации.

Ключевые слова: профессиональная подготовка, педагог-психолог, семьи СВО, психолого-педагогическое сопровождение, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), вторичная травма, компетентностный подход, повышение квалификации.

PROFESSIONAL TRAINING OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS FOR PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT OF FAMILY MEMBERS: PROBLEMS AND DEVELOPMENT VECTOR

Yanko E.V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University

Ministry of Health of the Russian Federation, Kemerovo, Russia

Abstract. The article deals with the current problem of the shortage of the system of professional training of teachers-psychologists to work with the family of a combatant (SVO). The article analyzes the key contradictions between the demand from the education and social protection system for specialists who know crisis and post-traumatic care technologies and the content of existing educational programs. The main substantive, methodological and organizational problems of training have been identified. The vector of development of the professional training system is proposed, including the integration of clinical and psychological competencies, the modular principle of training and the formation of the specialist's own resistance to secondary traumatization.



Keywords: professional training, teacher-psychologist, families of the SVO, psychological and pedagogical support, post-traumatic stress disorder (PTSD), secondary trauma, competence-based approach, advanced training.

Введение

Специальная военная операция (СВО) привела к появлению в российском обществе многочисленной группы семей, члены которых находятся в зоне боевых действий, вернулись с ранениями (физическими и психическими) или потеряли близких. Согласно статистическим данным Министерства обороны и социальных фондов, количество таких семей исчисляется сотнями тысяч. Эта ситуация актуализировала запрос на оказание адресной психолого-педагогической помощи, которая часто ложится на плечи педагогов-психологов образовательных учреждений (школ, колледжей, центров психолого-педагогической поддержки).

Однако существующая система высшего и дополнительного профессионального образования оказалась не готовой к такому вызову. Традиционная подготовка педагога-психолога ориентирована на работу с нормативными кризисами развития (возрастными кризисами, проблемами социализации) и не включает глубоких знаний о специфике боевой психической травмы, динамике посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у военнослужащих, а также особенностях функционирования семьи в условиях неопределенности, угрозы потери и стигматизации.

Цель статьи - выявить ключевые проблемы профессиональной подготовки педагогов-психологов к сопровождению членов семей СВО и определить перспективные направления модернизации этой подготовки.



Основная часть

1. Специфика объекта сопровождения: семья участника СВО как особая система

Психолого-педагогическое сопровождение членов семей СВО требует от специалиста понимания многоуровневости травматического опыта. Семья в данном контексте выступает не просто как микросреда, а как система, переживающая системную травму. Можно выделить несколько категорий семей, требующих различных подходов:

1. Семьи, ожидающие возвращения (неопределенность, тревога, депривация общения);
2. Семьи с вернувшимся членом семьи (адаптация к изменившейся личности, работа с агрессией, ПТСР у ветерана);
3. Семьи, понесшие утрату (работа с острым горем, постсуицидальный риск, воспитание детей в неполной семье).

Специфика сопровождения заключается в необходимости сочетать педагогические методы (помощь в учебе детям, социализация) с клинико-психологическими (работа с травмой, кризисная интервенция). Педагог-психолог в школе или колледже часто является «первой линией» обороны, где он вынужден диагностировать риски, но не всегда имеет компетенции для коррекции глубоких травматических состояний.

Проблемное поле профессиональной подготовки

Анализ федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС 3++ по направлению «Психолого-педагогическое образование») и учебных планов ведущих педагогических вузов позволяет выделить несколько групп проблем:



В базовой части профессионального цикла дисциплины, связанные с экстремальной психологией, кризисной интервенцией и психологией травмы, либо отсутствуют, либо представлены факультативно. Студенты получают общие знания о возрастной психологии и педагогике, но не владеют:

- Пониманием механизмов формирования ПТСР у взрослых;
- Технологиями работы с переживаниями утраты в детско-родительской среде;
- Методами психологического просвещения родителей, переживающих острый стресс.

Методическая неоснащенность

Практико-ориентированная подготовка носит общий характер. Отсутствуют отработанные методики (алгоритмы) действий педагога-психолога при выявлении признаков дезадаптации у ребенка из семьи СВО. Существует разрыв между теоретическими знаниями о «синдроме ветерана» и умением строить реальную коммуникацию с родителем, который может проявлять гиперопеку, агрессию или эмоциональную холодность.

Проблема вторичной травматизации специалиста

Сопровождение семей СВО относится к деятельности с высоким риском эмоционального выгорания и вторичной травматизации. В существующей системе подготовки не уделяется должного внимания формированию навыков саморегуляции, супервизии и интервизии у будущих специалистов. Отсутствие культуры профессиональной поддержки приводит к быстрому оттоку кадров и снижению качества помощи.

Подготовка ведется изолированно. Педагог-психолог не учится взаимодействовать с социальными координаторами фондов поддержки ветеранов, военными психологами, психиатрами. В результате специалист



оказывается не способен выстроить маршрут помощи, если проблема выходит за пределы его компетенции.

Вектор развития системы подготовки

Для преодоления выявленных проблем необходимо изменение архитектуры профессиональной подготовки на трех уровнях: уровень вузовской подготовки (бакалавриат/магистратура), уровень дополнительного профессионального образования (ДПО) и уровень методического сопровождения деятельности.

Интеграция клинико-психологического модуля в основные программы. В ФГОС и вариативные части программ целесообразно ввести обязательный модуль «Кризисная психология и психология травмы». Ключевые компетенции, которые должны быть сформированы:

- Способность проводить скрининг-диагностику ПТСР и депрессивных состояний у членов семей СВО (с пониманием границ компетенции);
- Владение базовыми навыками кризисного консультирования (телефон доверия, первичный прием);
- Умение разрабатывать и реализовывать программы психолого-педагогической поддержки детей с девиантным поведением, обусловленным семейной травмой;
- Навыки работы с социальной стигмой и буллингом в образовательной среде по отношению к детям из семей СВО.

Развитие системы повышения квалификации (ДПО)

Наиболее быстрым и эффективным ответом на кадровый вызов является переподготовка действующих педагогов-психологов. Программы ДПО должны строиться не по лекционному, а по тренинговому и супервизионному принципу.



Необходимо создание региональных ресурсных центров, где педагоги-психологи могли бы получать супервизию от клинических психологов, специализирующихся на травме.

Формирование личностной устойчивости специалиста

В содержание подготовки необходимо включить обязательные разделы по профилактике профессионального выгорания. Это предполагает:

- Обучение техникам саморегуляции в условиях столкновения с чужим страданием;
- Внедрение института супервизии как обязательного элемента профессиональной деятельности;
- Развитие рефлексивной позиции, позволяющей специалисту разделять свои чувства и чувства клиента.

Межведомственный контекст обучения. Подготовка должна включать ознакомительные модули о структуре социальной защиты, работе военно-социальных центров, правовых аспектах статуса ветерана боевых действий. Это позволит педагогу-психологу выступать для семьи не только «терапевтом», но и навигатором в системе мер поддержки.

Заключение

Профессиональная подготовка педагогов-психологов к практике сопровождения членов семей СВО находится в стадии осознания новой реальности. Существующая система, ориентированная на «мирные» условия функционирования образовательной среды, демонстрирует дефицит клинических, кризисологических и коммуникативных компетенций, необходимых для работы с травмой.

Вектор развития должен быть направлен на трансформацию содержания образования: от простого информирования о феномене ПТСР — к



формированию навыков кризисной интервенции и устойчивости самого специалиста. Ключевым условием успеха является переход от дискретных курсов повышения квалификации к системной многоуровневой модели подготовки, включающей супервизионное сопровождение и межведомственное взаимодействие.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку и валидизацию конкретных образовательных модулей, а также на изучение долгосрочной эффективности различных моделей подготовки специалистов для работы с семьей участников боевых действий.

Источники и литература / Sources and references:

1. Александровский, Ю. А. Психические расстройства в период боевых действий и после них / Ю. А. Александровский // Российский психиатрический журнал. – 2022. – № 3. – С. 4–11.
2. Бочарова, Е. Е. Психолого-педагогическое сопровождение семей участников боевых действий: вызовы современности / Е. Е. Бочарова, Н. А. Кравцова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. – 2023. – Т. 12, вып. 4. – С. 321–329.
3. Захарова, Е. И. Профессиональная компетентность педагога-психолога в работе с кризисной семьей / Е. И. Захарова // Психологическая наука и образование. – 2021. – Т. 26, № 5. – С. 45–56.
4. Решетников, М. М. Психология войны: от локальных конфликтов до специальной военной операции / М. М. Решетников. – М.: Издательство Института психотерапии, 2022. – 420 с.



5. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – бакалавриат по направлению подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование (Приказ Минобрнауки России от 22.02.2018 № 122).

6. Шойгу, Ю. С. Организация психологической помощи семьям военнослужащих, участвующих в специальной военной операции / Ю. С. Шойгу // Национальный психологический журнал. – 2023. – № 1 (49). – С. 12–21.



СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Акименко Галина Васильевна, к.ист.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Акказыкызы Жансая, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Алдажар Акбота Канаткызы, врач-резидент психиатр 1 года обучения, «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г.Семей

Алимова Рухсорахон Фарруховна, студент, Ташкентский Государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г.Ташкент

Алмагамбетова Алия Абдуллаевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Аманбеков Алишер Аманбекович, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Анохина Полина Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Багдатова Дидара Ерболовна, врач-интерн, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Батырова Айжан Наймангазыевна, врач-резидент психиатр 1 года обучения, «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г.Семей

Болатбекова Айгерим Дарханкызы, врач резидент психиатр 1 года обучения, НАО «Медицинский Университет Семей» Республика Казахстан, г.Семей

Брюхачев Александр Николаевич, и.о. заведующего кафедры физической культуры, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Буланова Алмуша Мубараковна, врач-психиатр, Коммунальное государственное учреждение «Семейский центр оказания специальных социальных услуг №2» Управление координации занятости и социальных программ области Абай, Республика Казахстан, область Абай, город Семей



Валиуллина Евгения Викторовна, к.психол.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Василенко Татьяна Дмитриевна, д-р. психолг. наук, профессор, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г.Курск

Гавалян Диана Арменовна, кандидат психологических наук доцент, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт», Россия, г. Будённовске

Гилязова Софья Владимировна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Глумова Ирина Владимировна, к.м.н., начальник медицинской части – врач, Лауреат премии Российской академии наук в области психологии, философии, социологии и права Управление Росгвардии по Кемеровской области – Кузбассу Отряд мобильный особого назначения «Рубеж» (город Новокузнецк)

Головко Ольга Владимировна, к.физ.-мат.н., доцент, кафедра медицинской, биологической физики и высшей математики, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дадахуджаев Зафар Алишер угли, студент, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Даурен Сункар Дауренулы, студент, факультет «Общая медицина», «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г.Семей

Джаксыбеков Марат Амангельдинович, руководитель, отдел поселка Шульбинск Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного Ведения «Областной Центр Психического здоровья» Управления Здравоохранения Области Абай

Данилова Наталья Степановна, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета имени М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск

Дервянко Екатерина Яковлевна, Государственное учреждение «Территориальный центр социального обслуживания населения



Партизанского района г. Минска», специалист по социальной работе.
Республика Беларусь, г. Минск

Енсебаева Индира Зейнуллиевна, врач-психиатр, Госпиталь с поликлиникой
ДП области Абай, Республика Казахстан, г. Семей

Ешмухамбетова Карлыгаш Аманжолкызы, врач-психиатр, отдел поселка
Шульбинск Коммунальное Государственное предприятие на Праве
хозяйственного Ведения «Областной Центр Психического здоровья»
Управления Здравоохранения Области Абай

Ержурек Айсауле Жанайдаркызы, студент, факультет «Медицина»,
«Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Еркинова Жансая Еркинкызы, студент, НАО «Медицинский Университет
Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Жукова Анжела Аркадьевна, старший преподаватель, кафедра нормальной
и патологической физиологии Гомельский государственный_медицинский
университет, Республика Беларусь, г. Гомель

Иванов Дмитрий Евгеньевич, доктор биологических наук, профессор,
ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Россия,
г. Саратов

Ивойлов Валерий Михайлович, профессор кафедры информационных
технологий, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России,
Россия, г. Кемерово

Ионцева Мария Владимировна, профессор кафедры социологии и
психологии управления, доктор психологических наук, ФГБОУ ВО
«Государственный университет управления», Россия, г. Москва

Исаков Леонид Константинович, кандидат медицинских наук, доцент,
проректор по развитию регионального здравоохранения и дополнительному
профессиональному образованию, заведующий кафедрой последипломной
подготовки и сестринского дела, руководитель лаборатории технологий
оказания неотложной помощи НОЦ «Медицина экстремальных ситуаций»
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кабыкенова Айым Нуржанкызы, студент, факультет «Медицина»,
«Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Кайырбай Адилет Саматович, студент, НАО «Медицинский Университет
Семей», Республика Казахстан, г. Семей



Калишева Аружан Ергалиевна, врач-резидент 1 года обучения кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Каменерова Алуа Ерболовна, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Қатарбай Маржан Тлеуханқызы, врач-интерн, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Қазбекқызы Нұрдана, врач-интерн, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Кадырова Майра Ходжаахмедовна, клинический ординатор кафедры психиатрии и психотерапии, соискатель степени PhD, Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Какимова Анель Шарипкалиевна, врач-резидент 1 года обучения кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Кажымуканов Жан Бейбитович, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Кирина Юлия Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Кодиркулов Азизжон Саидкул угли, Академия МВД Республики Узбекистан, г. Ташкент

Колесников Олег Михайлович, доцент кафедры информационных технологий, к.ф.-м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Копытина Наталья Валерьевна, доцент кафедры информационных технологий, кандидат медицинских наук ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Копытина Ольга Валерьевна, ассистент кафедры инфекционных болезней, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Құдайберген Айша Өмірбекқызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей



Кумаров Рысбек Жаркынулы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Кунапиянова Диана Толеубеккызы, студент, **факультет «Медицина»**, «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Лощаков Александр Михайлович, доцент, кандидат педагогических наук, доцент, ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Иваново

Мақатова Бақыт Рахатқызы, врач-интерн, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Маслицкая Алёна Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Машербаета Нұрэн Болатқызы, врач-интерн, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Машарипов Отабой Олимович, к. м. н., доцент, Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Мейрханова Дана Сабыржановна, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан

Назарова Марина Ризаевна, младший научный сотрудник научно - исследовательского отдела (медико-биологических исследований), Федеральное государственное автономное учреждение «Военный инновационный технополис «ЭРА», Россия, г. Анапа

Папин Матвей Андреевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Раимханова Малика Еркинқызы, бакалавриат, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Райнбекова Нурай Ертаевна, бакалавриат, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Рамазанова Азия Манарбекқызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Руднев Павел Сергеевич, старший лаборант кафедры информационных технологий, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



Сағидолда Әйгерім Нұржанқызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Степович Сергей Адольфович, доцент, кандидат медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Иваново

Сафонов Глеб Егорович, Педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Сашко Александр Алексеевич, заведующая кафедрой организации и тактики медицинской службы, медицины катастроф, к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово

Сейтқазина Балнұр Советқазықызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Сейткали Айгул Канатқызы, студент, факультет «Общая медицина», «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Сексенбаев Нурсултан Жаксылыкович, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Серікбек Аружан Нұрланқызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Сеилкан Жаннұр Ерланқызы, студент, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Сергазинова Шынар Сергазықызы, врач-резидент психиатр 1 года обучения, «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Серікқазина Аяулым Нұрболатқызы, врач-интерн, НАО «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Серикова Арайлым Сериковна, студент, «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

Сырайыл Меруертт Кайратқызы, студент, факультет «Медицина», «Медицинский Университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей



Туйчиев Шерзад Таирович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, Ташкентский

Удалова Татьяна Юрьевна, к.п.н., доцент, кафедра практической психологии, Факультет Психологии и Педагогики, Кафедра практической психологии. Омский Государственный Педагогический Университет, Россия, г. Омск

Уставщиков Илья Викторович, начальник кабинета специальных дисциплин кафедры огневой подготовки, Нижегородская академия МВД РФ, Россия, г. Нижний Новгород

Шатских Андрей Евгеньевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Швецов Александр Андреевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Ширинская Анастасия Дмитриевна, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Россия, г. Донецк

Шмакова Ольга Валерьевна, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии, декан педиатрического факультета, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Штернис Татьяна Александровна, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой информационных технологий, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Щелканова Елена Сергеевна, старший научный сотрудник, кандидат биологических наук, Федеральное государственное автономное учреждение «Военный инновационный технополис «ЭРА», Россия, г. Анапа

Юдин Семен Анатольевич, преподаватель кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлев Антон Сергеевич, старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



**ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭПОХИ:
ЧЕЛОВЕК В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ
И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**



Яковлева Алина Андреевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Янко Евгений Владимирович, к.психол.н., доцент, заведующий кафедрой
клинической психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный
медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



**ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭПОХИ:
ЧЕЛОВЕК В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ
И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**



Научное издание

II Международная междисциплинарная
научно-практическая конференция

**ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭПОХИ:
ЧЕЛОВЕК В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ
И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

10 апреля 2026 г.

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 16.04.2026 Формат 60х84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 26,0

Тираж 500 экз. Заказ № 103234

Кемеровский государственный медицинский университет

650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 А.

Отпечатано в типографии ООО «АРФпринт»: г. Кемерово, ул. Карболитовская, 1/173, офис 202.

Тел.: (3842) 65-79-09. Сайт: www.arf-print.ru