

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГАОУ ВПО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБЛАСТНОЙ  
СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТИТУТ»  
МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ НАУК ПЕДАГОГИЧЕСКОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ  
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА МГОСГИ «ТЕРРИТОРИЯ ДЕТСТВА»  
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ Г.О. КОЛОМНА

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАЧАЛЬНОГО, ДОШКОЛЬНОГО И  
СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ**

Под ред. Т. Ю. Макашиной, О. Б. Широких  
Коломна, 2014

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГАОУ ВПО «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБЛАСТНОЙ  
СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТИТУТ»  
МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ НАУК ПЕДАГОГИЧЕСКОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ  
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА МГОСТИ «ТЕРРИТОРИЯ ДЕТСТВА»  
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ Г.О. КОЛОМНА

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАЧАЛЬНОГО, ДОШКОЛЬНОГО И  
СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ**

Под ред. Т. Ю. Макашиной, О. Б. Широких  
Коломна, 2014

УДК 37(063) Рекомендовано к изданию  
ББК 74я431 редакционно-издательским  
А43 советом МГОСГИ

Рецензенты:

Хэкало С. П.,

д. ф.-м. н., проректор по научной работе

ГАОУ ВПО «Московский государственный областной социально-  
гуманитарный институт», г. Коломна Московской области

Харисова Л.А.,

дпн, профессор ФГНУ ИиИДО РАО г. Москва

**А43 Актуальные проблемы начального, дошкольного и специального образования в условиях модернизации** / под ред. Т. Ю. Макашиной, О. Б. Широких – Московский государственный областной социально-гуманитарный институт. – Коломна: МГОСГИ, 2014. – 345 с.

ISBN 978–5–98492–210–4

В сборнике представлены материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы начального, дошкольного и специального образования в условиях модернизации», которая была организована кафедрой начального, дошкольного и специального образования ГАОУ ВПО «МГОСГИ» 28 ноября 2014 г.

Статьи представлены в 4-х разделах. Первый раздел освещает подготовку педагогов к овладению профессиональными компетенциями по обучению, воспитанию дошкольников и младших школьников в условиях современного образования. Второй раздел раскрывает теорию и технологию обучения и воспитания детей дошкольного возраста. Третий раздел посвящен рассмотрению вопроса теории и технологиям обучения и воспитания младших школьников. И завершает сборник четвертый раздел о современных технологиях специального и инклюзивного образования.

Сборник адресован научным сотрудникам, преподавателям, аспирантам, специалистам сферы образования и студентам педагогических профилей.

УДК 37(063)

ББК 74я431

ISBN 978–5–98492–210–4

© ГАОУ ВПО «Московский государственный областной социально-  
гуманитарный институт», 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

9

### РАЗДЕЛ

I. Подготовка педагогов к овладению профессиональными компетенциями по обучению, воспитанию дошкольников и младших школьников в условиях современного образования

Широких О. Б. Теоретико-методологические основания проектирования образования в условиях модернизации 9

Новикова Г. П. Подготовка педагогов к инновационной деятельности в условиях модернизации образования 14

Артамонова Е. И. Инновации в педагогических вузах при подготовке педагога дошкольного образования 22

Вяликова Г. С. Ценностно-смысловые ориентиры профессионально-педагогической деятельности будущего учителя начальных классов 28

Атаманова Ю. С. Использование информационно-коммуникационных технологий в коррекционной работе с детьми 34

Ветошкина Е. С. Роль и место комбинаторных задач в математической подготовке педагога начального образования 37

Губанова Н. Ф. Магистральные линии формирования личности дошкольников в свете программно-нормативных документов 40

Деев Е. Е. Методическая служба образовательной организации как важный фактор повышения эффективности учебно-воспитательного процесса 45

Дутикова Ю. С. Обеспечение преемственной подготовки учителя начальных классов на этапе вузовского обучения 47

Жарикова И. А. Особенности внедрения инклюзивного обучения учащихся с интеллектуальными нарушениями в г. Луганске 52

Зинченко В. О. Мониторинг качества учебного процесса в вузе как научная проблема 55

Иванова Г. В. Формирование профессионально значимых качеств личности будущего воспитателя дошкольной организации 59

|   |     |
|---|-----|
| Иванова Н. А. Подготовка студентов к овладению профессиональными компетенциями в области гражданского воспитания младших школьников                       | 62  |
| Искакова М. А. Преемственность в нравственном воспитании детей дошкольного и младшего школьного возраста  | 66  |
| Карпунова Н. Г. Концептуальная проективная модель современной системы морально – эстетического воспитания   | 70  |
| Крестова И. С. Культурно-ориентированный подход подготовки педагогических кадров в контексте модернизации образования                                     | 74  |
| Макашина Т. Ю. О некоторых активных методах интерактивного обучения в работе с будущими педагогами  | 77  |
| Малькова М. А. Мироззренческий аспект инновационной концепции подготовки педагогических кадров  | 81  |
| Меркулова С. А. К вопросу о формировании нравственных ценностей младших школьников  | 84  |
| Митичкина О. А. Некоторые аспекты формирования культуры потребностей личности в системе высшего образования   | 87  |
| Новиков В. С. Использование инновационных информационно-коммуникационных технологий на уроках физики и математики   | 94  |
| Новиков В. С. Новые информационные технологии на уроках физики  | 98  |
| Пантелеева Н. Г. Воспитание подрастающего поколения в пространстве культуры   | 103 |
| Перекальский С. А. Проблема социально – психологических барьеров в инновационной деятельности учителя   | 109 |
| Рожков О. П. Поведенческое вмешательство для детей раннего возраста при РДА   | 111 |
| Савельева С. С. Воспитательный процесс в современной школе в контексте реализации федеральных государственных образовательных стандартов нового поколения | 117 |

|  |     |
|--|-----|
| Смелова С. С. Аспекты экологического образования   | 121 |
| Сутчук В. Н. Проявление феномена ревности в детско-родительских отношениях   | 126 |
| Стариков А. С. Нейрофизиологические аспекты торсионной дистонии (материалы для работы со студентами дефектологического образования)            | 131 |
| Терских Л. А. Элементы новой парадигмы знаний XXI века   | 138 |
| Трегубенко Е. Н. Пути повышения эффективности краеведческой подготовки в рамках постдипломного обучения педагога                               | 142 |
| Тюкмаева Т. В. Формирование умения решения текстовых задач разными способами посредством графического моделирования                            | 143 |
| Уразова А. Р. Формирование базовых компетенций у педагогов по вопросам социально-личностного развития дошкольников                             | 148 |
| Черных Л. А. Диагностика и клиническая картина посттравматического стрессового расстройства в зоне АТО (Луганск)                               | 152 |
| Яковлева Т. В. Проблема формирования критического мышления у студентов педагогических специальностей на современном этапе развития образования | 160 |
| РАЗДЕЛ II. Теория и технологии обучения и воспитания детей дошкольного возраста  | 164 |
| Бабина Е. В., Ненахова Т. Я. Воспитание основ гражданственности и патриотизма у дошкольников   | 164 |
| Бубунец С. О. Современные подходы к разработке системы мониторинга по освоению программ дошкольного образования                                | 167 |
| Бубунец С. О., Никонова Е. А. Ознакомление детей старшего дошкольного возраста со скульптурой  | 173 |
| Волкова С.В. Сотрудничество ДООУ и семьи по формированию представлений о здоровом образе жизни у младших дошкольников                          | 179 |
| Иванова Г. В., Басимова Э. Р. Основные аспекты развития памяти детей старшего дошкольного возраста посредством дидактической                   | 182 |

игры

|  |     |
|--|-----|
| Королева В. С. Роль дидактических игр математического содержания в развитии внимания   | 187 |
| Крылова С. А., Улиткина Л. А. Технология развития математических способностей детей дошкольного возраста с использованием дидактических игр блоков Дьенеша | 189 |
| Крылова С. А. Современная предметно – развивающая среда на основе многофункциональных пособий - планшетов  | 192 |
| Лоскутова М. В. Развитие самостоятельности у детей старшего дошкольного возраста в изодейтельности   | 195 |
| Манаева Е. П., Ануфриева Е. Е., Коробко С. Ю. Инновации в дошкольном образовании   | 197 |
| Степанова А. С. Формы педагогического сопровождения детей дошкольного возраста из социально-неблагополучных семей  | 202 |
| Устинова О. А., Ильевская О. А., Каташева Д. Н. Игра как средство коррекции и развития отношений «я и другой»  | 205 |
| РАЗДЕЛ III. Теория и технологии обучения и воспитания младших школьников   | 207 |
| Андросова А. П. Микрогруппа как форма организации технической подготовки учащихся по спортивному направлению «Плавание» в условиях профильного обучения    | 207 |
| Бабушкина И. В. Исследовательская деятельность учащихся в курсе «Окружающий мир»   | 211 |
| Бондарь Ю. А. Теория и практика педагогического проектирования образовательного процесса в начальной школе   | 214 |
| Винтерголлер С. В. Виды деятельности учащихся на уроке в курсе «Окружающий мир».   | 220 |
| Гущина О.Л. Использование дистанционных технологий в учебно-воспитательном процессе  | 223 |
| Дамасова Н. Г., Шкабура И. А. Проблема формирования познавательных универсальных учебных действий младших  | 227 |

|  |     |
|--|-----|
| школьников при работе над правильностью и беглостью чтения в начальной школе   |     |
| Зайченко Л. А. Методика и практика дистанционного образования детей с ограниченными возможностями здоровья                       | 231 |
| Кондратенко А.П. Роль энергетического потенциала образовательной среды в развитии познавательной активности младших школьников   | 235 |
| Костюченко А. А. Формирование вычислительного навыка у младших школьников в процессе изучения математики                         | 239 |
| Осипова С. М. Изучение темы «Склонение имен существительных» на уроках русского языка в начальной школе                          | 242 |
| Ротерс Т. Т. Взаимодействие физического и эстетического воспитания детей в условиях современного образовательного пространства   | 245 |
| Смирнова О. М. Формирование предметных и общих учебных умений у младших школьников в курсе «Окружающий мир»                      | 249 |
| Соколова Т. Б. Дистанционное сопровождение, воспитание и дополнительное образование детей с ограниченными возможностями здоровья | 253 |
| Шабалкина Т. Г. Совершенствование образовательного процесса через педагогические технологии                                      | 257 |
| Шкарина М. А. К вопросу формирования информационных умений младших школьников  | 263 |
| РАЗДЕЛ IV. Современные технологии специального и инклюзивного образования  | 265 |
| Багизаева Р. Б., Шох О. В. Как подружиться с окружающей средой   | 265 |
| Боханова Л. В. Музыкаотерапия в коррекционной работе с детьми раннего возраста   | 271 |
| Вилитенко В. А. Актуальность детского дизайна в инклюзивном образовании  | 275 |
| Глазкова Е.В., Исаенкова К.Е. Ориентировка детей с ЗПР в   | 280 |

грамматическом материале

|   |     |
|---|-----|
| Горина Е. Н., Голяницкая А.Е. Музыкальная ритмостимуляция детей с нарушением слуха  | 284 |
| Захарова Л. П., Куманяева Е. А., Пустовалова О. П. Укрепление и восстановление здоровья дошкольников с нарушением опорно-двигательного аппарата   | 291 |
| Карелина О. А., Савина Е. А. Развитие эмоционально-волевой сферы дошкольников средствами логоритмики  | 295 |
| Кулагина Е. И., Кузина Т.П. Краеведческая работа в МКС(К)ОУ школе VIII вида «Надежда» -основа патриотического воспитания детей с ОВЗ из опыта работы по проекту «Вехи истории. Вехи доблести и славы» | 299 |
| Лисейцева С. А. Моделирование коммуникативно-речевых ситуаций при обучении русскому языку школьников с нарушением интеллектуального развития  | 305 |
| Нацевская Е. И. Условия и методы развития речи у детей с ОВЗ  | 309 |
| Просвиркина А. И. Состояние проблемы обучения физике учащихся с задержкой психического развития на практике   | 314 |
| Савина Э. В., Сухарникова Г. Р. Методическое руководство логопедической работой в группах компенсирующей направленности для детей с общим недоразвитием речи  | 317 |
| Ткачева В. В. Использование здоровьесберегающих технологий в работе с умственно - отсталыми детьми  | 321 |
| Ульянова О.И. Реализация принципа командного подхода в инклюзивной практике работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья  | 325 |
| Шачнева Н. И. Воспитательные формы работы с детьми «группы риска» во внеурочное время   | 329 |
| Шипанова И. А. Трудовое обучение и воспитание дошкольников с интеллектуальной недостаточностью  | 333 |
| Сведения об авторах   | 337 |

## ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В ЗОНЕ АТО (ЛУГАНСК)

Черных Л.А.

Луганский национальный университет им. Тараса Шевченко,

г. Луганск

В современном мире в последнее время наблюдается большое количество насилия в результате совершенных преступлений, конфликтов, военных действий. И как следствие этого гибнут и пропадают без вести люди, страдают семьи. Не минула сия участь и жителей юго-востока Украины. Антитеррористическая операция (т.наз. АТО), переросшая в военный конфликт, продолжает уносить тысячи человеческих жизней, не щадя ни стариков, ни женщин, ни детей, ни мужчин, которые не хотят братья за оружие. Многие остались без крова и средств к существованию.

Несколько тысяч человек приютила дружественная Россия. В этой стране позаботились о проживании, питании, трудоустройстве беженцев, дети которых поступили в садики, школы и вузы. Им оказывается психологическая помощь, ведется серьезная работа по коррекции их состояния и реабилитации.

Совсем по-иному обстоит ситуация в городах и поселках Луганской и Донецкой областей (ныне Луганской и Донецкой Народных Республик), в которых ведутся боевые действия или слышны звуки взрывов. Среди жителей этих населенных пунктов более половины, видевшие смерть родных, близких, соседей, страдают посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Квалифицированных психологов, к которым можно обратиться в ситуации глубокого стресса, недостаточно, да и многие из них тоже переносят ПТСР, находятся в состоянии «раненого целителя». Фрейдовские механизмы психологической защиты (отрицание, вытеснение, проекция, идентификация, рационализация, замещение, отчуждение) не всегда справляются с травматизацией психики.

Проблеме посттравматического стрессового расстройства в последние несколько десятилетий уделяется немало внимания. Симптомы, собранные под названием ПТСР, известны с глубокой древности. Их упоминание встречается у историков, описывающих серьезный пожар 1666 года в Англии с большим количеством пострадавших; во времена Гражданской и Великой Отечественной войны; во время войны в «горячих точках», в частности, в Афганистане; во время авткатастроф, железнодорожных и авиакатастроф и др.

Согласно исследованиям А. Антоновского, солютогенез при ПТСР в большинстве случаев зависит от восприятия человеком травмирующей ситуации. Две трети респондентов оказались восприимчивыми к психотравмирующему агенту (сильный стресс приводит к развитию заболевания), а одна треть либо менее восприимчивыми, либо невосприимчивыми.

Успешную диагностику и лечение ПТСР в России психотерапевтическими методами, в частности, методом символдрамы, проводит Я.Л.Обухов, подчеркивая важность психологического сопровождения больных с этим синдромом.

Благодаря исследованиям З.И. Кекелидзе и Государственного научного Центра судебной и социальной психиатрии имени Сербского, на базе которого расположен Федеральный Центр по оказанию психической и психологической помощи при чрезвычайных ситуациях Минздрава России, было выделено три этапа реакции человека на травму:

1. Острая реакция на стресс (возникает сразу после травмы, длится до одной недели, иногда до месяца).
2. Посттравматическое стрессовое расстройство (возникает через неделю, по американским источникам – через месяц после травмы).
3. Отсроченная реакция (может длиться до трех лет и более, вызывая тяжелые соматические заболевания).

В.М. Волошиным и сотрудниками Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ было обследовано 200 пациентов (120 мужчин и 80 женщин) в возрасте от 21 года до 47 лет (средний возраст 31,2 года). Среди них 110 больных (45 мужчин и 65 женщин) соответствовали диагностическим критериям расстройств адаптации (РА), клинической картиной, отвечающей симптоматологии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), а 90 пациентов – отвечали критериям хронического ПТСР. Из них 65 участвовали в боевых действиях. У 38 пациентов имелась в анамнезе закрытая черепно-мозговая травма с явлениями сотрясения головного мозга; у 26 больных с ПТСР на первый план в клинической картине выступали соматоформные нарушения, не нашедшие подтверждения в виде органной патологии, а сама клиническая картина ПТСР отчетливо проявилась лишь спустя 6 мес после психотравмирующего события, что позволило говорить об отставленном варианте хронического ПТСР.

Термин «посттравматические стрессовые расстройства» (ПТСР) используется с 1980 г. Заключение о том, что пациент страдает ПТСР, может быть сделано в том случае, если пережитый им эмоциональный стресс был настолько интенсивным, что причинил бы вред практически любому человеку.

Можно выделить 3 составляющие ПТСР:

- 1) повторное переживание травмы во сне, тревожные мысли;
- 2) постоянное стремление избегать предметов или ситуаций, напоминающих о пережитом, реакция оцепенения при появлении чего-либо, напоминающего о травме;
- 3) постоянная перевозбуждаемость [2].

ПТСР не проходят легко и быстро: спустя многие десятилетия после второй мировой войны 30 - 56% бывших узников продолжают страдать от проявлений ПТСР. О естественном течении заболеваний, вызываемых сильной психотравмой, известно мало. Поэтому клиницистам трудно подобрать лечение для конкретного пациента и даже прогнозировать результат. S. Solomon и соавт. [3] провели инвентаризацию существующих методов лечения. Они обнаружили только 6 контролируемых исследований, посвященных немедикаментозным методам лечения, преимущественно экспозиционной терапии. Достоверных данных об использовании таких многообещающих форм лечения, как поведенческая терапия, попрежнему недостаточно для метаанализа.

Лечение может индуцировать нежелательные побочные эффекты.

Так, R. Pitman и соавт. [4] описывают 6 случаев усугубления депрессии, возобновления злоупотребления алкоголем и рецидива проявлений паники.

Таким образом, далеко не во всех случаях можно выбрать метод лечения ПТСР. Стремясь достигнуть лучшего понимания естественного течения ПТСР, С. Duggan и J. Gunn [5] описали течение ПТСР средней продолжительности (2-3 года). Они отобрали 31 пациента из числа

переживших серьезные травмирующие происшествия. У 31% развились ПТСР и у 16% отмечалась депрессия при обследовании непосредственно после травмы. У большинства жертв отмечалось общее снижение тревожности и явное уменьшение выраженности определенных симптомов ПТСР через 2 года. Однако стремление избегать того, что могло бы напомнить о травме, и реакция оцепенения наблюдались все еще часто. Исследователи заключают, что теоретически ПТСР являются нарушением, затрагивающим несколько психологических и физиологических уровней, включая биологические, поведенческие и познавательные компоненты. Это позволяет понять, почему такие методы лечения, как экспозиционная терапия, не всегда эффективны и даже приводят к возникновению нарушений на различных уровнях.

Само словосочетание «посттравматическое стрессовое расстройство» содержит в себе причинно-следственную связь: травматический стресс вызывает у субъекта некие расстройства в физическом и психическом здоровье.

В современной психологической науке представлено несколько теоретических моделей, с помощью которых можно объяснить механизм формирования и развития ПТСР.

До недавнего времени основной теоретической концепцией в этом плане выступала двухфакторная теория, где в качестве первой составляющей рассматривается классический принцип условно-рефлекторной обусловленности ПТСР. В данном случае, основная роль в формировании синдрома отводится собственно травмирующему событию, которое выступает как интенсивный стимул, вызывающий безусловно-рефлекторную стрессовую реакцию. Согласно этой теории, другое событие или обстоятельство, которое само по себе является нейтральным, но каким-то образом связанное с травмировавшим стимулом-событием, может послужить условно-рефлекторным раздражителем. Оно как бы «пробуждает» первичную травму и вызывает соответствующие реакции по условно-рефлекторному типу.

Второй составной частью двухфакторной теории ПТСР стала концепция поведенческой, оперантной обусловленности развития синдрома: если воздействие событий, имеющих явное или ассоциативное сходство с начальным травматическим эпизодом, ведёт к развитию эмоционального дистресса, то личность постоянно будет стремиться к избеганию этого воздействия [1].

Клиническая типология ПТСР по М.В.Волошину состоит в выделении 4 типов ПТСР.

**Тревожный тип ПТСР** (наблюдается у 32% больных) характеризуется высоким уровнем соматической и психической немотивированной тревоги на гипотимно-окрашенном аффективном фоне с переживанием, не реже нескольких раз в сутки, непровольных, с оттенком навязчивости представлений, отражающих психотравматическую ситуацию. Характерна дисфорическая окраска настроения с чувством внутреннего дискомфорта, раздражительности, напряженности. Расстройства сна характеризуются трудностями при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, опасениями за качество и продолжительность сна, страхом перед мучительными сновидениями (эпизоды боевых действий, насилия, зачастую расправ с самими больными). Больные часто намеренно отодвигают наступление сна и засыпают лишь под утро. Характерны пароксизмальные вечерне-ночные состояния с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Больные самостоятельно обращаются за помощью, и хотя доминирует стремление избежать ситуаций, напоминающих о психотравме, стремятся к общению, какой-либо целенаправленной деятельности, получая облегчение от активности.

**Астенический тип ПТСР** (27% наблюдаемых) отличается доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен с переживанием безразличия к ранее интересовавшим событиям

в жизни, равнодушия к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличается пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз возникают произвольные представления эпизодов психотравмирующей ситуации. Однако в отличие от тревожного типа в данных случаях представления лишены яркости, детальности, эмоциональной окрашенности и определяются больными как «возникающие в сознании картины с оттенком навязчивости». Расстройства сна характеризуются гиперсомнией с невозможностью подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Избегающее поведение нехарактерно, больные редко скрывают свои переживания и, как правило, самостоятельно обращаются за помощью.

**Дисфорический тип ПТСР** (21% исследуемых) характеризуется постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения, вплоть до вспышек злобы и ярости, на фоне угнетенно-мрачного настроения. Больные отмечают высокий уровень агрессивности, стремления выместить на окружающих обуревающие их раздражительность и вспыльчивость. В сознании доминируют представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимых обидчиков, драк, споров с применением физической силы, что пугает больных и заставляет сводить свои контакты с окружающими к минимуму. Зачастую сдержаться не могут и на замечания окружающих дают бурные реакции, о которых впоследствии сожалеют. Наряду с этим возникают произвольные представления психотравмирующих ситуаций, сценподобного характера. Нередки сцены насилия с активным участием самих больных. Внешне больные мрачные, мимика с оттенком недовольства и раздражительности, поведение отличается отгороженностью. Типично избегающее поведение, замкнутость, малословность. Активно жалоб не предъявляют и попадают в поле зрения специалистов в связи с поведенческими расстройствами, регистрируемыми близкими или сослуживцами.

**Соматоформный тип ПТСР** (20% наблюдений) характеризуется массивными соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией телесных ощущений в кардиологической (54%), гастроэнтерологической (36%) и церебральной (20%) анатомических областях, сочетающиеся с психовегетативными пароксизмами. Собственно симптомы ПТСР возникают у данных больных спустя 6 мес после психотравмирующего события, что позволяет эти случаи обозначить как отставленный вариант ПТСР. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены «флэш-бэк» встречаются достаточно редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Идеаторный компонент симптомокомплекса больше представлен ипохондрической фиксацией на телесных ощущениях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения, чем симптомами гипервозбуждения и переживанием психотравмирующей ситуации [1].

С целью выявления наличия ПТСР и его преобладающего типа было проведено психолого-педагогическое исследование. Респондентами выступили студенты 1-3 курсов дневного отделения кафедры дефектологии и психологической коррекции Луганского национального университета имени Тараса Шевченко в количестве 46 человек. Средний возраст испытуемых – 18,5 лет.

Первым этапом исследования было анкетирование студентов и беседа с целью выяснения следующих данных: 1) были ли у них погибшие родственники, знакомые, соседи в военном конфликте летом 2014 года; 2) видели ли они смерть человека своими глазами; 3) были ли у них разрушение домов, потеря имущества; 4) была ли разлука с родными, переезд на длительный срок.

Вторым этапом было наблюдение на лекциях, в перерыве между парами за поведением студентов.

Третьим этапом была проективная методика, которая заключалась в тематическом рисунке «Мое лето 2014 года».

По результатам исследования можно сделать вывод о том, что у 2% студентов были погибшие родственники, знакомые либо соседи, чью смерть от осколочных ранений они видели собственными глазами, у 7% обследованных были частичные разрушения жилища, 52% опрошенных покидали город во время боевых действий на срок более 1 месяца.

Из наблюдений можно сделать вывод, что любой резкий звук, шум или крик, а иногда и шорох вызывает аффективную реакцию (страха, оцепенения, дрожи в теле, оглядывания по сторонам, раздражительности).

При анализе рисунков следует сказать, что 6% респондентов отказались рисовать из-за страха вспомнить прошедшие события. У 15% в рисунках преобладают красные, черные и серые цвета, что косвенно свидетельствует об агрессивности, переходящей в депрессию. Сюжеты разрушенных домов преобладают у 3% студентов, черной земли – у 4%. У большинства респондентов срабатывает психологический механизм защиты по типу вытеснения (травмирующие события вытесняются более яркими, красочными цветами рисунка, но на заднем плане прослеживаются приглушенные и темные тона).

После индивидуальной беседы и проведенного исследования можно сделать вывод, что у респондентов преобладает тревожный тип ПТСР (около 38%), астенический тип ПТСР наблюдается в 2% случаев.

**Вывод.** При определении терапевтической стратегии очень важно учитывать природу травмы. В настоящее время можно дать такие рекомендации: создание обстановки безопасности; пациент должен верить, что лечение (коррекция) поможет преодолеть ненужный страх (медикация); использование экспозиции для подавления стимулов страха; затем должна проводиться когнитивная терапия, направленная на то, чтобы клиент использовал полученные навыки во взаимоотношениях с другими людьми, а также индивидуальная и групповая психотерапия [5].

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

1. Александров Е.О. Интегративная психотерапия посттравматического стрессового расстройства / Е.О.Александров. – Новосибирск: Сибпринт, 2005.- 260 с.
2. Brahmssen I. The long-term psychological adjustment of WWII survivors in the Netherlands. Eburon 1995, Delft.
3. Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM. Efficacy of treatments for Post Traumatic Stress Disorder. JAMA 1992;268:633-8.
4. Pitman RK, Altman B, Greenwald E. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 1991;52:17-20.
5. Duggan C, Gunn J. Medium term course of disaster victims. Br J Psychiatry 1995;167:228-32.