

Электронный научный журнал

«ЛИЧНОСТЬ В МЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ: ЗДОРОВЬЕ, АДАПТАЦИЯ, РАЗВИТИЕ»

www.humjournal.rzgmu.ru / E-mail: humjournal@rzgmu.ru



Федеральное государственное образовательное
учреждение высшего образования
**«РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АКАД. И.П.ПАВЛОВА»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации



**ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ЛИЧНОСТЬ В МЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ:
ЗДОРОВЬЕ, АДАПТАЦИЯ, РАЗВИТИЕ**
ISSN 2307-9886

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК / 2017 год



СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

<i>Абдрахманова Э.В., Павлова Е.В.</i> ГОЛОВНАЯ БОЛЬ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН: КАРТИНА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	11
<i>Абдулганиева С.А., Мирзабеков М.Ч.</i> УРОВЕНЬ СЕМЕЙНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ.....	16
<i>Абрамова В.Н.</i> ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	20
<i>Аджаблаева Д.Н.</i> КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	24
<i>Алигаева Н.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ.....	28
<i>Андреева Ю.В.</i> ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИНЫ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА.....	32
<i>Апушкина А.Ю., Разживина М.И., Уланова Н.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: ПРОЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	38
<i>Арнаутова В.В., Русина Н.А.</i> ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И КОНТРОЛЬ ЭМОЦИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА...43	43
<i>Арпентьева М.Р.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ.....	50



<i>Баранова А.В.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЛЕНОСТИ У ПОДРОСТКОВ.....	55
<i>Белевитина О.А.</i> ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА КОМПОНЕНТЫ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ.....	60
<i>Билык Е.В.</i> ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПОЗНАВАНИЯ ЭМОЦИЙ ПО ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ И ИХ СВЯЗЬ С ПРОФИЛЕМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА.....	65
<i>Благов И.А., Василенко Т.Д., Селин А.В.</i> СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ОСНОВНЫЕ МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ.....	70
<i>Бочек Ю.В.</i> ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ.....	76
<i>Важенина П.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ.....	81
<i>Варламов А.В., Каращук Л.Н.</i> ТЕХНОЛОГИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ПСИХОЛОГИИ. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА.....	85
<i>Власова Е.А., Трунова М.А.</i> ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ВОСПРИНИМАЕМОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ.....	92
<i>Волчкова Ю.В.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ В СТАРШЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	97
<i>Вотякова Е.Ю., Володин Б.Ю.</i> ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТОКСИЧЕСКИМ И НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	102



<i>Гаврикова М.О., Есманская Н.Е.</i> ОБРАЗ «Я» У ЮНОШЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА.....	107
<i>Граница А.С., Казанцев А.Ю.</i> ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПРОГРАММНОГО ПРОДУКТА МАСТЕР КИТ, КАК ПРИМЕРА АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ТРЕНАЖЕРА ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ.....	111
<i>Гребень Н.Ф.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗНЫХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОЗИЦИЙ: ВРАЧА, ПСИХОЛОГА, ПРАВОСЛАВНОГО СВЯЩЕННИКА.....	117
<i>Грушина А.В.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ.....	124
<i>Данилкина В.С., Апушкина А.Ю.</i> «НАГУГЛИТЬ» БОЛЕЗНЬ ИЛИ КИБЕРХОНДРИЯ – БИЧ ХХІ ВЕКА.....	128
<i>Димитриева А.Ю.</i> ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.....	134
<i>Доленко А.А., Савченко Д.В.</i> АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ЗАВИСИМОЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.....	139
<i>Донскова Е.Е., Агеенкова Е.К.</i> КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	144
<i>Ельникова Е.С.</i> ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МОЗГА НА СКЛОННОСТЬ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ У ПОДРОСТКОВ.....	150
<i>Ерохина Д.Г., Володин Б.Ю.</i> БАЗОВОЕ ДОВЕРИЕ И Я-ИДЕНТИЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЗАМИ.....	155
<i>Заргарьян Д.А.</i> АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ НАРКОЗА НА ПРОТЕКАНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА.....	158



<i>Зорин Р.А., Лапкин М.М., Жаднов В.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗЛИЧНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	162
<i>Иноземцева Е.А., Яковенко О.В.</i> УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В ПЕРИОД УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	166
<i>Исупова Е.О.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.....	170
<i>Канина И.В.</i> ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА-КЛИНИЦИСТА.....	176
<i>Кемяшова П.Н.</i> ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ.....	179
<i>Кириллова Д.С.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОИЗВОЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....	185
<i>Климашина М.С.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	191
<i>Князева М.К.</i> СТРУКТУРА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	197
<i>Коваль В.А., Сысоева О.В.</i> ПРОГРАММА ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ – МЕДИКАМИ В ПЕРИОД КРИЗИСА ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ.....	203
<i>Коновалова Н.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛЮДЕЙ.....	209
<i>Корнилов В.И.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОФИЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	215



<i>Королькова Е.Р., Золотова И.А.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН С СОХРАННОЙ И НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ.....	218
<i>Коростелева О.Е.</i> ДЕМОНСТРАТИВНОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	227
<i>Корягина И.Н.</i> ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ТРУДНОСТИ С ГЕНДЕРНОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИЕЙ...232	
<i>Кравцов О.И.</i> ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА.....	237
<i>Красноперова В.В., Бурина Е.А.</i> СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ.....	242
<i>Кузьмина О.А.</i> ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВУЮ ТРАВМУ.....	248
<i>Курушкина В.А.</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ.....	254
<i>Луценко Е.Н., Василенко Т.Д., Селин А.В.</i> ТЕЛЕСНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	260
<i>Маликова Л.А., Фаустова А.Г.</i> ВЫРАЖЕННОСТЬ ФАНТОМНЫХ БОЛЕЙ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ И ОБРАЗОМ ТЕЛА У ЛИЦ С АМПУТАЦИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	268
<i>Маматова Н.Т.</i> ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	274



<i>Махмудова А.Н.</i> ПРОЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ «АФФЕКТИВНАЯ СФЕРА И РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ У БОЛЬНЫХ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ».....	276
<i>Мелёхин А.И.</i> ИЗМЕНЕНИЯ В СУБЪЕКТИВНОЙ СКОРОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРЕМЕНИ КАК МАРКЕР СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В ПОЗД- НЕМ ВОЗРАСТЕ.....	280
<i>Миронова Е.А., Пузырёва Л.А.</i> ВЛИЯНИЕ САМООЦЕНКИ СУПРУГОВ НА ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ.....	286
<i>Миронова О.В.</i> ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧУ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬ- НЫХ.....	292
<i>Мосолков И.И., Барамзина С.В.</i> ОТНОШЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ К ТАТУИРОВ- КАМ, ПИРСИНГУ ВО ВНЕШНЕМ ОБЛИКЕ ВРАЧА КАК ФАКТОРАМ ПЕ- РЕДАЧИ ГЕПАТИТОВ В И С.....	296
<i>Муртазина И.Р.</i> ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И САМОСОХРАНИТЕЛЬ- НОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ.....	299
<i>Назметдинова Д.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И ЭМО- ЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯР- НЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ С ТИА И ИШЕ- МИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ).....	305
<i>Олешко М.А.</i> ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИ- АЛЬНОЙ АСТМЫ.....	311
<i>Петринич А.М., Хансивирова Х.Ф.</i> СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ 1 И 2 КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГО- ГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТОВ.....	316
<i>Пинегина Н.М.</i> ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЕЙ, С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАЩИТНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ.....	321
<i>Подстрешная А.Н., Пинегина Н.М.</i> ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У КАР- ДИОБОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АГРЕССИВНОСТИ.....	327



<i>Потоцкая Е.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	333
<i>Пужливая П.Е., Тромбчиньски П.К.</i> ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИЕЗЖИХ СТУДЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ ВУЗОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЗАЛЬЦБУРГА.....	337
<i>Рассоха В.С., Павлова Е.В.</i> КОНЦЕПЦИЯ ОЖИРЕНИЯ В ПОЗИТИВНОЙ И ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.....	341
<i>Рыбасова Е.Н., Пинегина Н.М.</i> СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОМ.....	346
<i>Саидова М.А., Ходжаева С.А.</i> АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	350
<i>Сафонова А.С., Золотова И.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ЗАКОНЧИЛАСЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ.....	352
<i>Свиштунова К.А.</i> МНОГОСТУПЕНЧАТАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИ-СУИЦИДАЛЬНАЯ ПРОГРАММА «CHOOSE LIFE».....	360
<i>Седнева Н.В., Бабич О.М.</i> РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С МЕЖЛИЧНОСТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	364
<i>Семина В.А.</i> ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	368
<i>Сиволобова О.В.</i> НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ.....	373



<i>Соколова К.Р.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНОГО С АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....	378
<i>Соловьева К.Ю., Шаламова С.В., Морозов А.М.</i> ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА.....	382
<i>Сустретова Н.В.</i> ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГА В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	387
<i>Тинякова Е.В.</i> ВОСПРИЯТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКАМИ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	391
<i>Толкачева Л.В., Селина И.А.</i> ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	396
<i>Толоконникова И.С., Василенко Т.Д., Селин А.В.</i> РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	400
<i>Трофимова А.О., Симоненко И.А.</i> ПРОБЛЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ.....	406
<i>Турсунов В.В., Поташова И.И., Кремнёва С.Н., Куприкова А.А., Петракова А.В.</i> ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССА ПОЗНАНИЯ ЛИЦ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.....	411
<i>Федоренко Н.Д.</i> ОСОБЕННОСТИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	416
<i>Холкина Е.О.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АДАПТАЦИИ ПЯТИКЛАССНИКОВ С ОВЗ В СРЕДНЕЙ ШКОЛЕ.....	422
<i>Черникова С.И., Василенко Т.Д., Селин А.В.</i> ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ (ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА).....	428



<i>Чуйкова Ж.В.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПРОФИЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ.....	433
<i>Шаламова С.В., Соловьева К.Ю., Морозов А.М.</i> СТУДЕНТЫ ТВЕРСКОГО ГМУ: ЦЕННОСТНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ.....	438
<i>Шамарова Е.Ю., Солодухо В.В.</i> СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ.....	443
<i>Швецова А.А.</i> ВОСПРИЯТИЕ И ПОНИМАНИЕ ТЕКСТОВ МЛАДШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ И СТАРШЕКЛАССНИКАМИ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ИНТЕЛЛЕКТА.....	449
<i>Шерешевец А.С., Молодьянов А. С.</i> ФОРМИРОВАНИЕ ОБСЕССИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	454
<i>Шкирман Р.С., Павлова Е.В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА СЛАБОСЛЫШАЮЩИХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ: ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ.....	460
<i>Яковлева Н.В., Шишкова И.М., Фролов А.И., Уланова Н.Н., Яковлев В.В.</i> ТРЕНИНГ ГИД КАК ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ ИНВАЛИДОВ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	466



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН: КАРТИНА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Абдрахманова Элина Валерьевна, Павлова Екатерина Викторовна
ФГБОУ ВО АмГУ, г. Благовещенск, Россия

Ключевые слова: психосоматика, головная боль, типы головной боли, психосоматические аспекты головной боли, картина личности, позитивная и транскультуральная психотерапия.

Наиболее часто встречающейся жалобой среди пациентов, обратившихся к врачу, является головная боль. Однако, даже при столь высоких темпах развития, современная медицина далека от полного понимания того, как функционирует головной мозг человека.

Как отмечает И.Г. Малкина-Пых, головная боль может быть симптомом как соматических, так и психических заболеваний. При этом эпидемиологические исследования показывают, что практически в 90% случаев головная боль является психосоматической, то есть не имеющей органической основы [1].

Принято считать, что любая боль – это своего рода «крик о помощи», издаваемый телом, о необходимости обратить на него внимание. Таким образом, в терминологии В. Райха и А. Лоуэна, боль стремится привлечь внимание к застою, к блокировке потока жизненной силы и призывает устранить блокаду, чтобы жизнь могла снова течь свободно. Также к причинам возникновения боли может относиться скрытая агрессия к другим людям или своей жизни в целом. С помощью определенной локализации в теле боль показывает, что именно отрицается человеком.



Ю.Ю. Елисеевым выделяется два основных типа функциональных головных болей:

1) *Головная боль напряжения* – вызывается напряжением мышц головы и шеи и ощущается как тупая боль. Такая боль может быть вызвана различного рода стрессами, переутомлением, депрессией, а также внешними или внутренними трудовыми конфликтами, чувством вины, берущим истоки еще в детстве, и другими психологическими проблемами.

В картине личности людей с головной болью напряжения И.Г. Малкина-Пых выделяет следующие черты: повышенное честолюбие, чрезмерная активность, чаще однообразная жизнь, стремление к совершенству, повышенный уровень притязаний, отсутствие полного расслабления. Вследствие этого возникает конфликт между хотением и умением, иначе говоря, высокий уровень притязаний порождает некоторое противоречие, связанное с реальными возможностями человека, результатом чего становится страх, подавляемая агрессия, фрустрация.

2) *Мигренозный тип* – характеризуется расширением кровеносных сосудов и включает в себя не только наличие специфической боли, поражающей только одну сторону или конкретное место головы, но и тошноту, головокружение, рвоту, зрительные расстройства.

В результате множественных исследований была выявлена предрасположенность к мигрени у людей, имеющих родственников, тоже страдающих от нее. Отмечается, что причиной возникновения такой боли могут быть сильные эмоции, длительные психические нагрузки, различные конфликты, обычно при наличии у человека очень лабильной, реактивной сосудистой системы [3].

К. Теппервайн отдельно выделяет *боли в области затылка*, которые связывает с определенными ограничениями в движениях, что предполагает возможность смотреть только в одном направлении. Отсюда следует, что такие



боли свидетельствуют о необходимости рассмотреть вещи со всех сторон, следствием чего и является боль.

В картине личности таких людей наблюдается самолюбие, упрямство, ригидность, негибкость и нежелание прислушиваться к мнению других. Поэтому боль представляет собой некоторое требование к проявлению большей терпимости, гибкости и терпения. К. Теппервайн отмечает, что «в той мере, в которой станешь вновь духовно-душевно подвижным, исчезнут и боли в области затылка» [4, С. 64].

И.Г.Малкина-Пых пишет, что голова считается «высшей» частью тела, в которой расположены мозг и органы чувств. Человек с головной болью имеет двойственное отношение к своему положению – его стремление активно и серьезно работать своей головой порождает боль, вследствие чего голова воспринимается как негативное препятствие. И.Г.Малкина-Пых считает, что в результате постоянного давления деятельности «должна» быть головная боль, которая может служить одним из способов разгрузки [1].

Г.Г.Вольф (H.G.Wolff) описывает типичных пациентов с головными болями как добросовестных, обязательных, аккуратных, стремящихся к достижениям и успеху, в целом высоко интеллектуальных, но при этом со слаборазвитой эмоциональной сферой. В свою очередь, В. Синельников говорит о том, что головная боль – это сигнал нашего бессознательного о какой-либо неправильной деятельности. Примером может служить внутренний конфликт, когда у человека много работы, но при этом накопилась усталость, однако он решает довести дело до конца. И тогда разум выдает головную боль как единственный способ привлечь человека к отдыху, и тем самым спасти от перегрузки и последующего саморазрушения.

С точки зрения позитивной и транскультуральной психотерапии (Н.Пезешкиан) головная боль – это «способность давать выход напряжению и конфликтам через голову» [2, С. 194]. Н. Пезешкиан отмечает, что чаще всего



пациентами с головными болями являются члены семей, в которых большой акцент сделан на достижения и разум. Невозможность погруженных в деятельность родителей уделить достаточное внимание и заботу не только себе, но и детям, принуждает детей перенимать концепцию достижений, в которой они живут для своей рациональной деятельности, а не для себя самих, и привыкают к давлению извне.

Для таких людей характерными являются следующие особенности: склонность делать все наилучшим образом, высокие амбиции, добросовестность, повышенная эмоциональность, затруднения в двусмысленных ситуациях, сильная потребность в социальном одобрении и альтруизм, часто сопровождаемый чувством вины из-за недостаточной альтруистичности. Следствием этого выступает хронический стресс от завышенных требований со стороны окружающих, в силу неспособности защитить себя, и характерное чувство вины. Для лиц с головными болями свойственны такие концепции, как «у меня нет времени», «прежде всего работа», «я все сделаю сам», «я не делаю наполовину» и «нужно же хоть чуть-чуть думать головой»[2].

Таким образом, можно сделать вывод, что головная боль – это следствие межличностных и внутриличностных конфликтов, а также высокого напряжения как результата постоянных перегрузок. Люди, страдающие головной болью, предъявляют к себе завышенные требования и ориентированы исключительно на успех, что наполняет их жизнь непрекращающимся потоком деятельности, итогом которой становится высокий уровень стресса.

Анализ причин головной боли, а также картины личности человека с данным заболеванием, может служить полезным источником для развития имеющихся принципов и концепций лечения, способствовать усовершенствованию методов психотерапии и созданию новых, более эффективных. Так же понимание психосоматических аспектов головных болей может стать опорой лично



для человека, толчком к самоисследованию и осознанию того, что с ним происходит и с чем это может быть связано.

Список литературы:

1. Малкина – Пых И.Г. *Психосоматика*. М.: Эксмо, 2008. 562 с.
2. Пезешкиан Н. *Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем.* / Носрат Пезешкиан. - 2-е издание. М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. 464 с.
3. *Психосоматические заболевания: полный справочник* / Ю.Ю. Елисеев, Е. В. Бочанова, Д. А. Гейслер, и др.; под ред. Ю.Ю. Елисеева. М.: Эксмо, 2003. 605 с.
4. Теппервайн К. *«О чём хочет сказать твоя болезнь: язык симптомов»*. Изд-во: Москва, Петербург, Киев, 2004. 287 с.



УРОВЕНЬ СЕМЕЙНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В УСЛОВИЯХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ

Абдулганиева Сижарат Абдулганиевна,

Мирзабеков Мамед Чахангирович

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Ключевые слова: семейная тревожность, гематологические заболевания, проективные методики, родители, дети.

В последнее время мы наблюдаем тенденцию к увеличению заболеваемости различными гематологическими болезнями (в том числе лейкозами) во всем мире, в том числе в России. Например, по данным Министерства здравоохранения РФ в России в год регистрируется до 3000 случаев вновь выявленных лейкозов у детей младше 14 лет и около 5000 случаев в возрастной категории до 18 лет [2].

И психологи, и врачи единогласны во мнении, что болезнь всегда становится стрессовым фактором как для самого пациента, так и для его близких. Если ребенок страдает врожденным заболеванием или тяжелая болезнь носит хронический характер, вся его семья зачастую оказывается на длительное время в облаке психотравмирующей ситуации и потому нуждается в психологической помощи [1]. Именно поэтому специалистам, которые взаимодействуют с пациентами и их семьей, важно знать, каким образом реагируют на болезнь как сам больной, так и окружающие его близкие люди, а также следить за изменениями их отношения к болезни, клинике и т.д.

Цель исследования: сравнение уровня семейной тревожности родителей здоровых детей и детей с гематологическими заболеваниями.



В качестве **гипотезы исследования** выступает предположение о том, что уровень семейной тревожности выше у родителей детей с гематологическим заболеванием в сравнении с родителями здоровых детей.

Материал и методы исследования: родители двадцати детей (экспериментальная группа), проходивших лечение в отделении гематологии и химиотерапии Областной детской больницы г. Ярославля (ср. возраст родителей 35,3 лет, детей - 6,8 лет); родители двадцати здоровых детей (контрольная группа), проходивших медицинский осмотр в Городском центре здоровья (ср. возраст родителей 35,8 лет, детей - 6,8 лет). Методики «Анализ семейной тревоги» Э.Г.Эйдемиллера и В.В.Юстицкиса; проективная методика «Человек под дождем» Е.С.Романовой и Т.И.Сытько. Программа Statistica 8: корреляционный анализ (непараметрическая версия, ранговый коэффициент корреляции Спирмена), U-критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования: Между группами по общему тестовому показателю, включающему показатели чувства вины, тревожности и напряженности, получены достоверные различия ($p < 0,05$). Родители в экспериментальной группе испытывают чувство беспомощности и ощущение неспособности вмешиваться в ход событий в семье. Гематологическое заболевание ребенка становится источником постоянного психологического давления. Им приходится прилагать усилия, чтобы сдерживать чувства фрустрации, раздражения, агрессии. Родители, особенно перед детьми, желают показать, насколько они сильны и смогут побороть тяжелые заболевания, но делают это без внутренней уверенности. Внешняя смелость в борьбе с болезнью оборачивается внутренней напряженностью и тревогой. Родители пребывают на лечении вместе с детьми на протяжении длительного времени. Они вынуждены отлучиться от других членов семьи, уйти с работы; у них сужен круг общения. Показатель общей семейной тревожности в экспериментальной группе выражается в умеренной предрасположенности к преобладанию отрицательно окрашенных переживаний,



связанных с семейной жизнью. Получены достоверные различия по показателям: 1. Чувство неполноценности ($p < 0,01$); 2. Инфантильность ($p < 0,05$); 3. Конфликтность в семье ($p < 0,001$); 4. Тревожность ($p < 0,001$). Показатели в экспериментальной группе выражены сильнее. Корреляционный анализ: В экспериментальной группе показатель «Конфликтность в семье» имеет положительную корреляцию с субшкалой «Тревожность» и со шкалой «Общий уровень семейной тревожности». Тревожность переносится на окружающих чувством страха, незащищенности, беззащитности. Тревожные опасения за состояние ребенка усиливают негативные переживания родителя. Возрастание переживаний приводит к возрастанию конфликтности в семье, отсутствие готовности членов семьи поддерживать друг друга обостряет ситуацию. В экспериментальной группе проявляются тенденции отрицательных корреляционных связей: субшкала «вина» - симптомокомплекс «недоверие к себе»; субшкала «вина» - симптомокомплекс «импульсивность»; шкала «общий уровень семейной тревожности» - симптомокомплекс «импульсивность». Это означает, что у родителей больных детей проявление импульсивности и недоверия к себе отрицательно взаимосвязано со склонностью к отрицанию своей виновности в отношении неудач в семье. Тенденцию к отрицательной взаимосвязи импульсивности и семейной тревожности в экспериментальной группе можно объяснить тем, что родители не предаются тяжелым переживаниям в случае неконтролируемых вспышек раздражительности, объясняя свое поведение тяжелой ситуацией.

Выводы:

1. Уровень семейной тревожности выше у родителей детей с гематологическим заболеванием в сравнении с родителями здоровых детей.

2. По методике «Анализ семейной тревоги» в экспериментальной группе более выражена шкала «Общий уровень семейной тревоги», чем в контрольной группе



3. По методике «Человек под дождем» в экспериментальной группе сильнее, чем в контрольной группе, выражены симптомокомплексы «чувство неполноценности», «инфантильность», «конфликтность в семье» и «тревожность».

4. В экспериментальной группе получены значимые положительные корреляционные связи между тревожностью/общим уровнем семейной тревожности и конфликтностью в семье; отрицательные связи между импульсивностью и количеством детей в семье/образованием.

Полученные результаты дают возможность оказания адресной психологической помощи родителям детей, больных гематологическими заболеваниями.

Список литературы:

1. Исаев Д. Н. *Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей.* СПб.: Речь, 2005. 400 с.
2. Кузник Б. И. *Клиническая гематология детского возраста: учеб. пособие.* М.: Вузовская книга, 2010. 496 с.
3. Романова Е.В., Сытько Т.И. *Проективные графические методики. Методические рекомендации. В 2- частях.* СПб., 1992.- 79 с.
4. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. *Психология и психотерапия семьи.. 4-е изд.* СПб.: Питер, 2008. 672 с.



ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Абрамова Валерия Николаевна

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Ключевые слова: старческий возраст, хроническая ишемия головного мозга, депрессивные расстройства.

В современной популяции наблюдаются определённые демографические тенденции, связанные с прогрессирующим увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста [1, 2], в связи с чем возрастает заболеваемость цереброваскулярными заболеваниями, одним из которых является хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ). Наряду с когнитивными и двигательными нарушениями, одними из часто встречающихся проявлений ХИГМ являются нарушения эмоциональной сферы, в частности депрессивные расстройства [3, 4]. В патогенезе эмоциональных нарушений одно из значимых мест занимает вторичная дисфункция лобных долей, в результате разобщения с нижележащими подкорковыми структурами, обусловленная нарушением перфузии вещества головного мозга при ХИГМ. Также имеет значение психогенный фактор возникновения депрессивных расстройств, то есть переживание пациентом своего дефекта (двигательного или интеллектуального) [5].

Материалы и методы.

В исследование включено 107 пациентов с хронической ишемией головного мозга, 37 мужчин и 70 женщин, средняя длительность заболевания (ХИГМ) составила $15,6 \pm 0,6$ лет, средний возраст обследуемых $81,9 \pm 0,5$ лет. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа – пациенты с острым на-



рушением мозгового кровообращения в анамнезе ($n=51$). Вторая группа – пациенты без острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе ($n=56$). Критериями включения пациентов в исследование были: возраст старше 75 лет, верифицированный диагноз ХИГМ, наличие добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации, эндокринные заболевания (сахарный диабет), гематологические и онкологические заболевания; перенесенные черепно-мозговые травмы, инфекционно-воспалительные заболевания центральной нервной системы; применение в течение последних 6 месяцев медикаментов, способных исказить результаты обследования (анксиолитики, антидепрессанты). Всем пациентам проводилось исследование эмоциональной сферы с использованием шкалы HADS[6] и опросника Бэка[7], также определялась выраженность эмоциональных нарушений в зависимости от пола. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета программ IBM SPSS Statistics 22.0 for Windows. Для анализа достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента. Результаты считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение.

При анализе полученных данных, средний балл по результатам опросника Бэка был статистически значимо больше в группе пациентов, перенесших инсульт в анамнезе ($20,7\pm 1,02$ и $16,3\pm 0,7$ – показатели для первой и второй групп соответственно, $p<0,01$), кроме того, в группе пациентов с инсультом в анамнезе отмечался в целом более тяжелый уровень депрессии ($p<0,05$). Средний балл шкалы HADS оказался выше также у пациентов, перенесших инсульт ($14,9\pm 0,9$ и $12,1\pm 0,5$ – показатели для первой и второй групп соответственно, $p<0,01$). У женщин с инсультом в анамнезе был выше средний балл опросника Бэка в сравнении с мужчинами этой же группы, а также в сравнении с женщинами, не имевшими инсульт в анамнезе ($23,3\pm 1,2$ и $17,4\pm 1,5$ – показатели для женщин и мужчин первой группы соответственно – $p<0,05$; $23,3\pm 1,2$ и $15,9\pm 0,8$ – показате-



ли для женщин первой и второй групп соответственно, $p < 0,01$). По данным шкалы HADS статистически значимые различия были выявлены между женщинами двух групп ($16,3 \pm 1,2$ и $11,9 \pm 0,6$ – показатели для женщин первой и второй групп соответственно, $p < 0,01$). В группе без инсульта в анамнезе статистически значимых различий уровня депрессии между мужчинами и женщинами выявлено не было.

Заключение.

В целом, депрессивные нарушения оказались более выражены у пациентов, перенесших инсульт в анамнезе. У женщин с инсультом в анамнезе депрессия была более выражена как по сравнению с мужчинами данной группы, так и с женщинами, не имевшими инсульт в анамнезе. Данные результаты можно объяснить более выраженными структурными изменениями в веществе головного мозга у пациентов, перенесших инсульт в анамнезе, а также, как было отмечено, наличием психологического фактора – переживание пациентом своего дефекта [5]. Подобный профиль эмоциональных нарушений необходимо учитывать при планировании терапии у пациентов старческого возраста с хронической ишемией головного мозга.

Список литературы.

1. Процаев, К. И. *Избранные лекции по гериатрии* / К. И. Процаев, А. Н. Ильницкий, С. С. Коновалов. Под ред. Члена-корреспондента РАМН Хавинсона В. Х. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 778 с.
2. Шабалин, В.Н. *Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации* / В.Н. Шабалин // *Успехи геронтологии*. – 2009. Т.22, №1. – С. 185-195.
3. Левин, О.С. *Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении* / О.С. Левин. – М.: Сервье, 2006. – 24 с.



4. *Абраменко, Ю.В. Клинические проявления хронической ишемии головного мозга у мужчин и женщин пожилого возраста / Ю.В. Абраменко, Н.А. Яковлев, Т.А. Слюсарь. – М., 2017. – 206 с.*
5. *Яхно, Н. Н. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров // РМЖ, 2002. №12. – С. 539.*
6. *Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale / R.P. Snaith, A.S. Zigmond // BMJ, 1986. Vol. 292. №6516. – P. 344-344.*
7. *Beck, A.T. An Inventory for Measuring Depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh // Archives of General Psychiatry, 1961, Vol. 4.*



КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Аджаблаева Динара Намазовна

СамМИ, г. Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: качество жизни, туберкулез, дети, подростки, выявление, диаскинтест.

Введение. В последние годы расширяются направления изучения качества жизни детей, как в клинической, так и в социальной педиатрии [3]. Поскольку довольно часто здоровье зависит от уровня доступности медицинской помощи, то обеспечение всеобщей доступности медицинской помощи приемлемого качества детям и подросткам рассматривается ВОЗ как обязательное требование на современном этапе развития общества. Традиционные критерии (физикальные, лабораторные, инструментальные) не охватывают всех аспектов туберкулезной инфекции и не позволяют всесторонне оценить состояние больного ребенка. При анализе оценки качества жизни имеется полная возможность определить влияние заболевания на физические, психологические и социальные аспекты функционирования организма [2]. Использование этого простого и надежного метода позволит улучшить качество медицинской помощи на разных этапах лечения детей с хроническими заболеваниями, в частности, больным туберкулезом [1].

Цель. Провести анализ исходного уровня качества жизни детей и подростков при использовании различных методов выявления туберкулеза.

Материалы и методы. В условиях детского отделения Самаркандского областного противотуберкулезного диспансера было обследовано 90 детей и



подростков 13–17 лет. Туберкулез органов дыхания был впервые выявлен при помощи различных методик: во время обследования групп риска с помощью препарата Диаскинтест, цифрового флюорографического аппарата «ProScan 2000», при обращаемости за медицинской помощью. Обследованные разделены на 3 соответствующие подгруппы по 30 детей и подростков.

Во всех подгруппах проводился анализ исходного уровня качества жизни. Для исследования качества жизни в педиатрической практике хорошо зарекомендовал себя опросник Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL [4]. Опросник PedsQL 4.0. включает 23 вопроса, объединенные в 4 шкалы. Каждый вопрос имеет 5 вариантов ответов: «нет», «почти никогда», «иногда», «часто» и «почти всегда», из которых нужно выбрать один, наиболее подходящий к ситуации. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2007. Количественные признаки представлены в виде средней арифметической \pm стандартная ошибка.

Результаты и их обсуждение. Показатель качества жизни значительно отличался при различных методах выявления туберкулеза органов дыхания. Средний уровень качества жизни (суммарная шкала) оказался наиболее низким при выявлении по обращаемости ($52,5 \pm 3,1$), наиболее высоким – у детей при проведении пробы с препаратом Диаскинтест и проведении цифровой флюорографии в группах повышенного риска ($68,0 \pm 3,7$ и $65,1 \pm 3,1$; $p < 0,001$). Общий балл среди всего контингента обследованных был в среднем $61,9 \pm 3,3$ баллов.

Нарушение разных аспектов качества жизни также имело особенности. Так, у детей и подростков, выявленных методом пробы с препаратом Диаскинтест и цифровой флюорографии, в большей степени были нарушены такие аспекты, как школьное и физическое функционирование. В то же время, дети, выявленные по обращаемости ниже всего оценили эмоциональное и психосоциальное виды благополучия, причем в последнем случае резкое снижение данных параметров наблюдалось у подростков, распространенными и деструктив-



ным формами туберкулеза. Это может быть связано с осознанием ребёнком своего тяжёлого хронического заболевания, перспективой дальнейшего продолжительного лечения в стационаре и длительного пребывания вне семьи, ограничением в общении со сверстниками.

Выводы.

1. В группе детей, выявленных по обращаемости за медицинской помощью показатели качества жизни ниже, чем в среднем среди всех обследованных.

2. Чем обширнее и инвазивнее методы обследования, тем более выражено снижение качества жизни. Соответственно приоритетным является диагностика на основе пробы с препаратом Диаскинтест в сравнении с диагностикой при клинической обращаемости.

Список литературы:

1. Осипова М.А., Лозовская М.Э., Сулова Г.А. Качество жизни у детей, инфицированных и больных туберкулёзом, на этапе санаторной реабилитации // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Том 17. – Вып. 5–3. – С. 844–848.

2. Солохина Л.В., Дьяченко О.А., Яринчук Е.И. Изучение качества жизни детей, больных туберкулёзом // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 134–137.

3. Юрьев В.К., Сайфулин М.Х. Оценка динамики качества жизни детей как критерий эффективности стационарного лечения // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – Т. 8. – № 6. – С. 7–11.

4. Varni J.W., Sherman S.A., Burwinkle T.M. The PedsQL™ Family impact model: Preliminary reliability and validity // Health Qual. Life Outcomes. – 2004. – № 2. – P. 55.



ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННО-ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Алигаева Нигар Назимовна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: интринсивная мотивация, потребности, шизофрения, принудительное лечение, боязнь неудач.

Исследование личностных особенностей больных шизофренией, особенно мотивационно-потребностной сферы играет важную роль для реабилитационного направления клинической психологии. Полученные данные позволяют точно и правильно разработать и реализовать реабилитационные и психотерапевтические программы для больных шизофренией. Осознание мотивов поведения больного, его основных потребностей является необходимыми условиями успешной терапии. [1,3]

Мотивацию (интринсивную и экстринсивную) можно рассматривать как результат сложного взаимодействия физиологических и социально-средовых факторов. У больных шизофренией чаще страдает интринсивная мотивация, ответственная за комплексные виды социальных взаимодействий, обучение и вовлечение в реабилитационные программы.

Большинство исследований указывают на важность интринсивной мотивации при составлении программ реабилитации больных шизофренией, испытывающих трудности в соединении поведения с мотивирующими свойствами стимула с помощью различных взаимосвязанных механизмов. Но необходимо учитывать, что отсутствие мотивации может быть следствием поглощенности



внимания психотическими переживаниями или сопутствующих аффективных нарушений. [5]

Цель работы – исследовать особенности мотивационно-потребностной сферы больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении.

Для достижения данной цели необходимо решить следующие **задачи**:

- 1) провести теоретический анализ литературы по данной проблеме;
- 2) подобрать методики для исследования мотивационно-потребностной сферы;
- 3) провести эмпирическое исследование с помощью подобранных методик;
- 4) обработать полученные данные и сделать выводы.

Объектом исследования являются мотивационно-потребностная сфера больных шизофренией.

Предметом исследования выступают особенности мотивационно-потребностной сферы больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении.

Гипотеза: мотивационно-потребностная сфера больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, характеризуется своими особенностями, связанными с патологическими воздействиями заболевания на данную сферу, и отличается от мотиваций и потребностей людей с нормальным психическим развитием.

Исследование проводилось на базе ГБУ РО "Областная клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Баженова" города Рязани с пациентами в возрасте 27- 56 лет с психиатрическим диагнозом «шизофрения» (F20), находящихся на принудительном лечении. В качестве контрольной группы выступали люди с нормальным психическим развитием в возрасте 25-53 лет.



В исследовании использовались следующие методы:

1) Организационный метод — сравнительный;

2) Эмпирические методы - психодиагностические методы:

- методика мотивации успеха и боязни неудачи (МУН) А. Реан (с помощью опросника можно определить людей мотивированных на успех и на неудачу);

- «Парные сравнения» (методика предназначена для выявления актуальности базовых потребностей); [4]

3) Методы обработки данных — количественная обработка (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок), качественная обработка (анализ и описание);

4) Интерпретационный метод - структурный.

Результаты. У больных шизофренией получены высокие показатели по следующим потребностям: заниматься делами, требующими отдачи; покупать хорошие вещи; быть понятым другим. У здоровых людей преобладают потребности, связанные с материальными ценностями: обеспечить материальный комфорт; обеспечить себе будущее; зарабатывать на жизнь. Низкие показатели у больных шизофренией получены по шкалам: добиться признания и уважения; упрочить свое положение; иметь теплые отношения с людьми. Здоровые люди меньше всего хотят избегать неприятностей, быть понятым другими и иметь хороших собеседников.

Качественный и количественный анализ полученных результатов показал, что для больных шизофренией характерно преобладание мотивации на успех. В выборке здоровых людей получены высокие показатели по шкале «яркая не выраженность» мотивации, однако, примерно схожий показатель по не выраженности отмечены у больных людей, но с высоким показателем тенденции на успех.



Материалы работы могут быть использованы для разработки и реализации программ психотерапевтической работы с больными шизофренией, находящимся на принудительном лечении. Полученные результаты будут полезны специалистам, работающим в психиатрических больницах и стационарах, а также родственникам пациентов, заинтересованных в реабилитационном процессе больного.

Список литературы

- 1. Булыгина В. Г. Психокоррекционные методы в практике принудительного лечения психически больных. Руководство для врачей/ Под ред. В. Г. Булыгиной - М.: ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2012. – 354 с.*
- 2. Гофман А. Г. Психиатрия: справ. практ. врача/ под ред. А.Г. Гофмана. - М.: Медпресс-информ, 2006. - 591 с.*
- 3. Джонс П. Б. Шизофрения: клиническое руководство / П. Б. Джонс, П. Ф. Бакли. - М.: Медпрессинформ, 2008. – 192 с.*
- 4. Семенова Н. Д. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Часть I /Н. Д. Семенова, Б. Б. Фурсов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 1. – С. 34–39.*
- 5. Фурсов Б. Б. Проблема мотивации и её нарушений при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. - № 4. - С. 91-100.*



ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИНЫ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Андреева Юлия Валерьевна

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Ключевые слова: грудное вскармливание, недоношенные дети.

По данным ВОЗ грудное молоко является самым естественным видом питания ребёнка первого года жизни. Этот эволюционно сложившийся способ кормления нельзя заменить никакими современными технологиями и искусственными адаптированными смесями. Грудное молоко является готовой пищей для новорожденного и ребёнка первого года жизни, так как содержит в оптимальном соотношении все необходимые питательные вещества и воду, обеспечивает иммунологическую защиту, оказывает регуляторное влияние и способствует налаживанию эмоционального контакта мать-дитя.

Одной из основных причин нарушающих процесс естественного вскармливания является раздельное нахождение матери и ребенка в первые дни жизни малыша. Прикладывание к груди недоношенных детей сразу после рождения оказывается невозможным из-за угрожающих жизни состояний и необходимости применения аппаратов жизни обеспечения. Поэтому при налаживании естественного вскармливания в дальнейшем возникает ряд трудностей (неспособность матери понять, что ребенок проголодался, страх сделать что-то неправильно при кормлении, страх недокормить или перекормить ребенка и т.д.). Г.Г. Филиппова относит подобную ситуацию материнства к девиантному и указывает на необходимость организации послеродового взаимодействия ма-



тери с ребенком, с целью преодоления этих трудностей и налаживания эмоционального диадического контакта[2].

Целью нашего исследования было изучение психологических факторов, влияющих на успешность восстановления грудного вскармливания.

Задачи исследования: изучение влияния социального анамнеза на успешность грудного вскармливания, изучение влияния тревожности на грудное вскармливание, изучение влияния на грудное вскармливание установочного поведения к новорожденному. А так же оценка данных факторов в динамике.

Гипотеза: на сохранение грудного вскармливания недоношенных детей влияют социально-психологические факторы.

Выборка составила 60 человек: 30 матерей контрольной группы находящиеся в отделении патологии новорожденных и 30 матерей из послеродового отделения родивших в срок. Все опрошенные женщины не имели медицинских противопоказаний к грудному вскармливанию.

Использовалась анкета, оценивающая социальный анамнез, Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» И.А. Золотовой[1]. Спустя месяц после опроса мы связывались с матерями и беседовали по поводу грудного вскармливания за пределами стационара.

При анализе данных экспериментальной и контрольной группы выявлено, что в среднем срок гестации, на котором произошли роды в контрольной группе выше (39⁺-1,066), чем в экспериментальной (33⁺-4,5).

Мамы недоношенных детей чаще изображают ребенка несоответствующим фактическому возрасту (67%), в то время как женщины, родившие в срок, в 60% случаев изображают ребенка младенческого возраста. Данная особенность может говорить о том, что женщины, родившие раньше срока, не готовы в полной мере принять свою роль матери, принимать потребности ребенка в данный момент времени и удовлетворять их. Возможно, это связано именно с



тем, что преждевременные роды помешали женщине в полной мере почувствовать себя матерью. Большинство матерей планируют кормить своих детей грудью: 96% матерей недоношенных детей и 93% женщин родивших в срок. То есть, мотивация к грудному вскармливанию не зависит от срока, на котором произошли роды. Так матери недоношенных детей реже прибегают к прикладыванию ребенка к груди, то есть непосредственно естественному вскармливанию (7%), в то время как женщины из контрольной группы в 61% случаев используют данный вид вскармливания. Достоверных различий по искусственному вскармливанию не отмечено, однако существует тенденция, что матери недоношенных детей чаще используют смеси (24%), чем женщины, родившие в срок (10%). Более сильная тенденция наблюдается относительно смешенного вскармливания, то есть совмещение прикладывания к груди с использованием смесей в бутылочках. Экспериментальная группа – 50%, контрольная – 27%. В данном случае можно говорить о группе риска, то есть существует вероятность как благоприятного исхода, когда женщина перейдет на полностью грудное вскармливание, так и неблагоприятного – если родительница откажется от естественного вскармливания в пользу искусственных смесей. Спустя полтора месяца после выписки из перинатального центра достоверно большая часть женщин, родившая в срок, придерживается грудного вскармливания (64%), в то время как матери недоношенных детей лишь в 20% случаев, то есть это меньше половины. Кроме того, увеличивается разрыв и в плане смешенного вскармливания, экспериментальная группа – 37%, контрольная – 7%. В то же время, не обнаружено различий по отношению к искусственному вскармливанию. Матери недоношенных детей, так же как и женщины, родившие в срок, одинаково часто прибегают к использованию смесей. Среди причин женщины называют: не берет грудь, пропало молоко, однако данные причины можно отнести скорее к организационным факторам, зависящим от самой матери. Объективная при-



чина – прием антибиотиков была обнаружено лишь в двух случаях – 1 женщина из контрольной группы и 1 из экспериментальной.

Родительницы, у которых эти роды были вторыми и последующими имеют опыт кормления грудью старших детей. В то же время, в экспериментальной группе женщины, имеющие опыт естественного вскармливания реже кормят младших детей грудью.

Чем старше женщина, родившая в срок, тем лучше она понимает реакции ребенка, в то же время, чем больше возраст матери недоношенного ребенка, тем реже она будет прибегать к полностью естественному вскармливанию. В экспериментальной группе обнаружено, что, чем больше срок гестации, тем лучше женщина понимает реакции ребенка и реже изображает малыша несоответствующим возрасту. Интересно, что женщины, родившие в срок, и имеющие высшее образование хуже понимают реакции ребенка, чем те, у кого нет высшего образования. Кроме того, женщины с низким уровнем образования реже планируют грудное вскармливание. Обратная ситуация наблюдается у матерей недоношенных детей: чем выше уровень образования, тем лучше понимание реакций.

К медицинскому персоналу по вопросам грудного вскармливания чаще обращаются матери недоношенных детей, у которых имеет высокий уровень тревоги, в то же время они чаще используют докорм в виде искусственных смесей. Так же, при подробном анализе проективной методики выяснено, что матери недоношенных детей, которые рисуют нечеткие, мелкие изображения, слабо надавливая на карандаш, склонны к более низкому уровню ситуативной тревожности. В случае женщин, родивших в срок, низкий уровень тревожности личностной проявляется в символическом изображении (ягодки, кружочки). То есть, можно предположить наличие психологических защит как в одном, так и другом случае, однако механизм и мишень действия этих защит различаются.



Корреляционный анализ показал следующее. Женщины с высшим образованием, родившие в срок, чаще после выписки из перинатального центра прибегают к кормлению смесями, а не грудным молоком. Смешанное вскармливание, то есть докорм смесью, встречается у матерей с высоким уровнем ситуативной тревожности и низким уровнем личностной.

Иная картина складывается в группе матерей недоношенных детей. Женщины, находящиеся в браке, реже прибегают к искусственному вскармливанию. Так же, матери, которые планировали кормить грудью, следуют своим планам и реже прибегают к использованию смесей. Таким образом, важным аспектом работы с будущими матерями и только родившими женщинами является выработка мотивации к грудному вскармливанию.

Родительницы, которые находясь в стационаре, понимали проявления, реакции, потребности ребенка, при выписке чаще сохраняют естественное вскармливание. В то же время, матери, которые изображали ребенка взрослым, то есть не принимают свою материнскую позицию, роль по отношению к ребенку, реже кормят малыша грудью.

Выводы:

1. Матери недоношенных детей чаще прибегают к искусственному и смешанному вскармливанию, как в стационаре, так и после выписки, чем женщины, родившие в срок.

2. При нахождении в стационаре на выбор естественного или искусственного вскармливания матерями недоношенных детей оказывают влияния ситуативные факторы, связанные с фрустрирующими событиями. В то время на женщин, родивших в срок, основное влияние оказывают сложившиеся в течение прошлого опыта мнения и ценности.

3. Важным аспектом сохранения естественного вскармливания матерью недоношенного ребенка является осознание, принятие на себя роли матери, желания брать ответственность за малыша и прислушиваться к его потребностям,



то есть когнитивный компонент. В то время как у женщин, родивших в срок, на первое место выходят личностные особенности.

Список литературы:

1. Золотова И.А. *Отношение к новорожденному у женщин группы риска: автореферат дис. к.пс. н.: КГУ Н.А. Некрасова. - Кострома, 2013.*

2. Филиппова Г. Г. *Психология материнства: Учебное пособие. М.: Изд-во Института психотерапии. 2002. — 240 с .*



ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: ПРОЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анушкина Анастасия Юрьевна, Разживина Марина Игоревна,

Уланова Наталья Николаевна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: личностный потенциал, адаптация, проект исследования, лица с ОВЗ.

На сегодняшний день остро стоит проблема роста уровня инвалидизации, в том числе среди молодежи. По данным Федеральной службы государственной статистики на начало 2017 года в нашей стране число инвалидов в возрасте от 18 до 30 лет составляет 552 тысячи человек [1]. Рост числа инвалидов и лиц с ОВЗ, вносит определенные коррективы как в жизнь людей, имеющих ограниченные возможности здоровья, так и в жизнь общества в целом. Человек, имеющий какие-либо ограничения по состоянию своего здоровья, вынужден мириться с тем, что не может жить полноценной жизнью и чувствовать ограничения со стороны социума. Если инвалидизация или проблемы со здоровьем наступают не в детстве, а более взрослом возрасте, то помимо различного рода ограничений, человеку приходится столкнуться с тем, что разрушаются привычные стереотипы поведения, выработанные в процессе прошлого опыта, изменяется система ценностей и эталонов, образ будущего также претерпевает изменения. Существенно перестраивается личность больного и возникает серьезная проблема – проблема адаптации к новым условиям жизни.

Особенно важным этот вопрос является, когда с ограничениями в состоянии здоровья сталкиваются студенты – будущие медицинские работники.



Помимо адаптации к условиям жизни в социальной среде, им приходится адаптироваться и к образовательной среде вуза, в котором они обучаются [4].

Профессиональное образование лиц с ОВЗ – важная сфера, позволяющая им приобрести самостоятельность и экономическую независимость, адаптироваться и интегрироваться в общество. В современном образовательном учреждении одной из основных задач является подготовка конкурентоспособного специалиста. Для решения этой задачи необходимы новые образовательные технологии, ориентированные на сочетании двух подходов: личностного и деятельностного. При их реализации анализу подвергается деятельность студента с учетом его личных потребностей и способностей. Как показывают исследования в области психологии инвалидности, студенты с ОВЗ зачастую имеют слабую мотивацию к обучению, низкий уровень познавательной активности.

Таким образом, конечным результатом исследования станет разработка рекомендаций, направленных на развитие личностного потенциала студентов с ОВЗ и повышение адаптационных возможностей обучающихся. Именно понятие личностного потенциала неразрывно связано с понятием адаптации и подразумевает сложные механизмы совладания с изменчивой действительностью – не только приспособление к заданным условиям, но и готовность к их изменению и способность к самостоятельному созданию необходимых условий. Способность человека выполнять задуманное вне зависимости от внешних условий, в том числе в неблагоприятных условиях, является неоспоримой ценностью как во многих областях профессиональной деятельности, так и в повседневной жизни [3].

Предварительный анализ научных источников, позволяет сделать вывод о том, что на современном этапе обнаруживается недостаточное количество исследований, которые позволили бы детально рассмотреть психологические возможности к саморазвитию, личностному и профессиональному росту, а также особенности адаптационных процессов как возможности оптимальной ин-



теграции в социум у студентов медицинского вуза, имеющих ограниченные возможности здоровья.

Данный проект позволит детально рассмотреть особенности личностных возможностей студентов, имеющих ограниченные возможности здоровья (ОВЗ), их способность к самореализации, а также к личностному и профессиональному развитию в медицинской сфере. В связи с тем, что в современном научном обществе достаточно остро стоит вопрос исследования физиологических, личностных и индивидуально-психологических особенностей лиц с ограниченными возможностями здоровья, необходимо исследовать широкий диапазон конструктов, входящих в структуру адаптации индивида, как возможности оптимальной интеграции в социум.

В настоящее время недостаточно изучена проблема психологических адаптационных ресурсов студентов с ОВЗ, позволяющих успешно встроиться в систему высшего образовательного учреждения. Наш проект позволит решить ряд задач, связанных с данной проблемой.

Проект направлен на решение следующих теоретических и практических задач:

- Теоретический анализ проблемы, соответствующей заявленной теме проекта.
- Разработка плана и составление программы эмпирического исследования личностных особенностей студентов медицинского вуза, имеющих ограниченные возможности здоровья.
- Проведение эмпирического исследования.
- Обработка результатов, полученных в ходе исследования.
- Качественный и количественный анализ полученных данных, формулирование соответствующих выводов.
- Разработка рекомендаций относительно результатов, полученных в ходе проведенного исследования.



Для решения поставленных задач предполагается использовать комплексный подход, включающий следующие методы:

- Общенаучные методы (теоретический анализ литературы, интерпретация полученных в ходе экспериментального исследования данных).

- Эмпирические методы (проведение исследования с использованием диагностических методик, направленных на изучение особенностей личностного потенциала студентов медицинского вуза, имеющих ограниченные возможности здоровья).

- Методы математической статистики для обработки полученных результатов.

Проект позволит получить научные данные об особенностях личностных возможностей студентов, имеющих ограничения по состоянию здоровья или инвалидность, их способности к самореализации, а также перспективу к личностному и профессиональному развитию в медицинской сфере.

Полученные результаты могут быть использованы в работе со студентами с ОВЗ, для расширения возможностей личностного и профессионального роста, повышения уровня мотивации, формирование положительного образа будущего.

Кроме этого, результаты проекта дадут возможность разрабатывать обучающие программы для преподавателей, работающих со студентами с ОВЗ высших учебных заведений.

Список литературы:

1. *Уровень инвалидизации в Российской Федерации. Федеральная государственная служба статистики. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities (дата обращения: 28.10.2017г.)*

2. *Инвалид в современном обществе: теория и практика современных*



исследований: монография / Яковлева Н.В., Фролов А.И., Уланова Н.Н., Шишкова И.М., Яковлев В.В. // Под общей редакцией Н.В. Яковлевой. – Рязань: РязГМУ, 2016. – 188с.

3. *Личностный потенциал. Структура и диагностика: монография* / А. Ж. Аверина, Л. А. Александрова, И. А. Васильев, Т. О. Гордеева, А. И. Гусев, О. Е. Дергачева, Г. В. Иванченко, Е. Р. Калитеевская, М. В. Курганская, А. А. Лебедева, Д. А. Леонтьев, Е. Ю. Мандрикова, О. В. Митина, Е. Н. Осин, А. В. Плотникова, Е. И. Рассказова, А. Х. Фам, С. А. Шапкин / Под ред. Д.А. Леонтьева: Смысл; Москва; 2011. - 1190 с.

4. Уланова Н.Н. Проблема исследования отношения к здоровью у медицинских работников // *International scientific-practical congress of pedagogues, psychologists and medics [Text]: materials of proceedings of the International Scientific and Practical Congress. 2015 June '5/ P. 130-132.*

5. Яковлева Н.В., Уланова Н.Н., Шишкова И.М. Обзор психологических исследований инвалидности [Электронный ресурс] /Н.В. Яковлева, Н.Н. Уланова, И.М. Шишкова // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2016. № 2 (13). Режим доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=204> (дата обращения: 20.10.2017).*

6. Уланова Н.Н. Подходы к исследованию психологических особенностей личности инвалидов [Электронный ресурс] / Н.Н. Уланова // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2016. № 3 (14).*



ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И КОНТРОЛЬ ЭМОЦИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-ГО ТИПА

*Арнаутова Вера Владимировна, Русина Наталья Алексеевна
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия*

Ключевые слова: перфекционизм, контроль эмоций, ревматоидный артрит, сахарный диабет, психосоматические заболевания.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) около 38-42 % больных обращаются к терапевтам с жалобами на соматические нарушения, в основе которых имеются различные психологические факторы [6]. При этом лечение, в большинстве случаев, направлено на устранение функциональных нарушений, что дает лишь временный эффект, а симптоматика возникает вновь, с еще большей силой. Сложные жизненные ситуации, эмоциональное напряжение, и возникающие впоследствии переживания могут существенно влиять на функциональные изменения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сердечно-сосудистой, эндокринной и дыхательной систем, нарушений в работе опорно-двигательного аппарата [8]. В связи с этим особенно актуальным является изучение причин, по которым возникают данные изменения и почему соблюдение пациентами предписаний врача порой не дают должного эффекта.

Психосоматические заболевания (от греч. *psyche* — душа и *soma* — тело) — нарушения функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической психологической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности [1]. Так, следует говорить, что к психосоматическим расстройствам и болезням относят различ-



ные нарушения со стороны двигательной системы (случаи хронического прогрессирующего полиартрита, ревматоидного артрита и других коллагенозов), а также нарушения в работе поджелудочной железы, приводящие к развитию сахарного диабета.

Научная новизна исследования заключается в недостаточной изученности личностных факторов, способствующих возникновению таких распространенных психосоматических заболеваний как ревматоидный артрит и сахарный диабет 2-го типа, вместе с тем, имеющих полиморфизм в этиологии, что говорит о многофакторности и неоднозначности возникновения заболеваний, напрямую влияющих на жизнь человека.

Цель исследования состояла в изучении проявления контроля эмоций и перфекционизма при возникновении ревматоидного артрита и сахарного диабета 2-го типа как видов психосоматических заболеваний.

Гипотезы исследования:

1. Уровень показателей общего запрета выражения эмоций и общего показателя перфекционизма у больных сахарным диабетом 2-го типа будет выше, чем у больных ревматоидным артритом.

2. Спектр контролируемых эмоций у больных сахарным диабетом и ревматоидным артритом будет одинаково высоким.

Для реализации поставленной цели и выдвинутых гипотез исследования использовались следующие методы:

1. Метод анализа научной литературы включал анализ и обобщение научных публикаций по проблеме исследования в области психологии.

2. Экспериментально-психологический метод, опирающийся на использование стандартизированных психодиагностических методик, позволяющих оценить степень контроля эмоций и перфекционизма:

- опросник «Запрет на выражение чувств» (Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2005);



- опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., 2001).

3. Математико-статистический метод применялся для обработки данных, полученных другими методами с использованием стандартных методов статистического анализа математических данных (относительные величины, t-критерий Стьюдента) с помощью пакета программ статистической обработки данных «Statistica 7.0».

В исследовании участвовали 40 человек (20 пациентов больные сахарным диабетом и 20 пациентов больные ревматоидным артритом). Средний возраст участников исследования составил от 50 до 55 лет. Нами изучались потенциальные личностные факторы риска в возникновении ревматоидного артрита и сахарного диабета 2-го типа как психосоматических расстройств.

Исследование проводилось на базе Негосударственного учреждения здравоохранения (НУЗ) «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД» - Эндокринологическое отделение и Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница» Ярославской области - Ревматологическое отделение.

Результаты исследования показали, что имеется тенденция к более высокому общему уровню перфекционизма и к более высокому запрету выражения чувств у людей, больных сахарным диабетом, в отличие от людей, больных ревматоидным артритом. Следует отметить в целом наличие более высоких показателей на запрет выражения чувств (печаль, радость, гнев, страх) у больных сахарным диабетом 2-го типа. А также следует отметить и различия в показателях, выявляющие стремление к перфекционизму. У больных сахарным диабетом можно наблюдать наличие завышенных притязаний и требований по отношению к себе, ориентацию на высокие результаты деятельности, более детальное планирование деятельности, а также стремление сравнивать себя с другими людьми, что подтверждает общий высокий показатель перфекционизма. Необходимо отметить, что результаты корреляций доказали значительные взаимо-



связи по каждой из шкал в исследовании перфекционизма и общего запрета выражения чувств у больных сахарным диабетом 2-го типа, в отличие от больных ревматоидным артритом, что свидетельствует о более жесткой структуре показателей изучаемых факторов у пациентов с сахарным диабетом. Такие результаты могут охарактеризовать этих больных как более ригидных в выражении своих чувств, менее способных к отмене их выражения, а также как личностей, стремящихся проявлять перфекционизм на всех уровнях жизнедеятельности.

В связи с этим можно говорить, что пациенты больные сахарным диабетом 2-го типа стремятся подавлять свои эмоции чаще, чем больные с ревматоидным артритом. То есть у людей с заболеванием сахарного диабета отмечается более сильное волевое управление эмоциями, нежели у людей с ревматоидным артритом.

Следует отметить, что результаты корреляций в исследовании людей с ревматоидным артритом показали высокий уровень положительной взаимосвязи подавления гнева ($r=0,59$), радости ($r=0,62$) и страха ($r=0,72$) с высоким уровнем общего запрета на выражение чувств. В связи с чем, мы можем предполагать, что наличие сдерживания хотя бы одного из упомянутых чувств может приводить к подавлению всех, исследуемых данной методикой, эмоций. Необходимо отметить, что наиболее высокий уровень значимости проявляется во взаимовлиянии гнева и страха ($r=0,72$) как основных подавляемых эмоций.

Необходимо сказать, что результаты корреляций в исследовании людей с сахарным диабетом 2-го типа, показали высокий уровень различных взаимовлияний как при исследовании перфекционизма, так и в исследовании подавления чувств.

При исследовании уровня перфекционизма были обнаружены наиболее высокие связи общего перфекционизма со всеми отдельными шкалами у больных диабетом в сравнении с больными ревматоидным артритом, что свидетель-



ствует о том, что больные диабетом в большей степени перфекционисты, чем больные ревматоидным артритом.

У больных сахарным диабетом 2 типа наблюдаются высокие корреляционные связи по следующим шкалам обеих методик: высокие стандарты деятельности и запрет на выражение гнева ($r=0,75$), страха ($r=0,73$) при уровне значимости $p<0.001$ и даже радости ($r=0,59$) при уровне значимости $p<0,01$; селективное игнорирование информации о собственных неудачах и запрет на выражение гнева ($r=0,77$) при уровне значимости $p<0.001$; поляризованное мышление и запрет на выражение гнева ($r=0,66$) и контроль над чувствами и запрет на выражение гнева ($r=0,57$) и страха ($r=0,62$) при уровне значимости $p<0,01$. Это означает, что для больных сахарным диабетом самыми сильными запретными чувствами являются гнев и страх. Для них очень важно не показывать свои промахи и неудачи, требовать высоких результатов от себя и от других, при этом они запрещают себе проявлять отрицательные негативные сильные чувства, что может приводить к резкому подъему сахара крови в стрессовых ситуациях, в ситуациях оценки. Парадоксально, что общий запрет на выражение чувств у этих больных в большей степени обеспечивается запретом на выражение радости ($r=0,70$): больные не умеют радоваться даже мелочам, поскольку очень высоки их высокие стандарты деятельности.

Обобщая результаты, проведенной нами практической деятельности, следует сказать, что были подтверждены две гипотезы, представленные нами, при этом одна из них доказана частично. Результаты исследования показали: более высокий общий уровень перфекционизма и более высокий уровень запрета выражения чувств у людей, больных сахарным диабетом, чем у людей, больных ревматоидным артритом, что подтвердило полностью нашу первую гипотезу. Наряду с этим, результаты исследования показали: у людей с заболеванием сахарного диабета отмечается более широкий спектр подавляемых эмоций, что частично подтвердило нашу вторую гипотезу, в которой предполагалось нали-



чие одинаково высокого спектра контролируемых эмоций как у больных сахарным диабетом, так и у больных ревматоидным артритом.

Таким образом, в ходе нашего исследования, мы изучили проявление стремления к перфекционизму и запрет на выражение чувств как видов личностных факторов риска в возникновении ревматоидного артрита и сахарного диабета 2-го типа.

Список литературы:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Пер. с англ. С. Могилевского. — М.: 2002. — 352 с. (Серия «Психология без границ»).

2. Аммон Г. Динамическая психиатрия / Г. Аммон – СПб.: Изд. ПНИ им. Бехтерева, 1995. – 200с.

3. Гаранян Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: автореф. дис. докт. психол. наук / Н.Г. Гаранян. - М., 2010. - 42 с.

4. Ильин Е.П. Эмоции и чувства / Е.П. Ильин - СПб: Питер, 2001. - 752 с. ил. - (Серия «Мастера психологии»).

5. Лазарева Е.Ю. Личностные адаптационные ресурсы при кардиальной патологии / Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев // Вестник Чувашского государственного педагогического университета имени И.Я. Яковлева. – 2013. – № 4 (80). – Ч. 1. – С.92 - 96.

6. Ларских М.В. Индивидуально-типологические детерминанты перфекционизма студента. Известия ВГПУ, № 2 (267), 2015.

7. Ларских М.В. Влияние типа перфекционизма на учебную деятельность студента медицинской академии / М.В. Ларских, С.В. Ларских, Е.А. Семенова // Актуальные вопросы современной психологии и педагогики : сб. док-



ладов УШ-й Международной научной конференции. Липецк, 24 декабря 2011 г.
/ отв. ред. А.В. Горбенко. - Липецк : Гравис, 2012. - С. 225 - 232.

8. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.

9. Сидоров П.И. Сахарный диабет: психосоматические аспекты: руководство для врачей / П.И., Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова, Н.Н. Мулькова - СПб.: СпецЛит, 2010. – 174 с.

10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. URL: <http://medpsy.ru>.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ

Арпентьева Мариям Равильевна

КГУ им. К.Э. Циолковского, г. Калуга, Россия

Ключевые слова: иммунные заболевания, контакт, психосоматика.

Введение. Психология иммунных нарушений (psychology of immune disorders) – область знаний, объединившая в себе опыт иммунологии и психосоматической медицины с опытом психологии и психотерапии: она исходит из того, то психологический статус больных иммунными и аутоиммунными нарушениями, переживания и представления людей этой группы имеют ряд особенностей [1;2; 3; 4; 5].

Цель исследования – анализ психологических аспектов иммунных нарушений. Методы исследования. В работе реализованы теоретическое и эмпирическое исследование психологических аспектов иммунных нарушений: обобщены данные классических и современных исследований в области иммунопсихологии, проведены опросы респондентов, имеющих иммунные нарушения.

Результаты исследования. В процессе теоретического анализа психологических аспектов иммунных нарушений выявлены многочисленные варианты нарушений в развитии личности в сфере организации и развития межличностных отношений. Не только невротические и психологические нарушения выступают последствиями нарушения осознания, защиты, укрепления «контактных границ» человека. По представлениям психологов, то, насколько человек способен удовлетворять свои потребности (нужды), а значит, психологическое и психофизиологическое благополучие человека, зависит от того, насколько гибко он может регулировать контактную границу. Исследователи описывают несколько видов типичных нарушений контактной границы, которые делают



взаимодействие со средой, в том числе межличностное, неэффективным. Позитивный и негативный катексис, контакт и уход включены в единое поле отношений, образуют эти отношения. Это поле является диалектически дифференцированным единством, в котором есть организм и среда, свое и чужое (иное), полезное и вредное, эгоизм и альтруизм, субъективное и объективное и т.д. Когда объект присвоен или уничтожен (положительный или отрицательный катексис), то есть контакт или уход осуществлены полностью и правильно, а результат удовлетворяет индивида, то объект и потребность, с которой он связан, исчезают из среды. Контакт со средой и уход из нее, принятие и отвержение – основные функции целостной, здоровой личности, обладающей способностью к различению. Личность, больная способностью к различению, не обладает, она становится невротической личностью или личностью больной, страдающей от аутоиммунных заболеваний. Человек нуждается в контакте с другими людьми, однако, он способен быть собой лишь тогда, когда контакт и уход гармоничны. Дисбаланс возникает, если человек и группа одновременно испытывают разные потребности, но не способны решить, какая потребность важнее. Когда потребности конфликтны, человек нуждается в принятии определенного и удовлетворяющего его решения, в том числе остаться или уйти. Но, если его не удовлетворяет принятое решение, и он не может ни остаться, ни уйти, это отрицательно действует на него и окружающих.

Эмпирические исследования в психоиммунологии неоднократно выявили и подтвердили наличие разнообразных нарушений границ контакта, а также циклов контакта и ухода у больных иммунными заболеваниями, в частности, наличие незавершённых отношений, «запутанного клубка отношений», отношений по типу «двойной связи», отношений «преследователь-жертва-спаситель» и «патологизирующие роли».

Примером являются исследования R.G. Namer в 70-е годы XX века и его «Новая немецкая медицина» (German new medicine, GNM), описанный им и на-



званный в честь сына «синдром Д. Хаммера» («D. Hamer syndrome», DHS)), а также «железный закон рака» («iron rule») и другие четыре «биологических закона» (five biological laws), которым, по его мнению, ничего не может противостоять. Каждое раковое заболевание начинается с DHS, жесточайшей психической травмы, выражающейся в крайне драматическом виде стресса, для человека - самого драматического и острого конфликта, когда-либо случавшимся с ним и переживаемого им в одиночестве [5]. Содержание психологического конфликта /стресса задает местоположение появления фокуса активности в головном мозге, которое можно увидеть в компьютерной томографии как набор концентрических колец, называемых «очагами или фокусами Р.Г. Хамера», которые соответствуют местоположению болезни в теле. Фокус Р. Хамера — специфическая область мозга, под влиянием психической травмы страдающая серьёзными нарушениями и, вследствие этого, индуцирующая пролиферацию (размножение) канцерогенных клеток в орган, связанный с данным участком мозга. Последующее развитие конфликта определяет развитие как фокуса, так и болезни. В тот момент, когда конфликт благополучно разрешен, происходит инверсия полярности и мозговые нарушения, исправляются, формируя некую отёчную область, в то время как анархично размножающиеся клетки, в связи с неправильной кодировкой мозгового компьютера, более не иннервируются этой ошибочной кодировкой, и рост опухоли останавливается. Обратный процесс реверсирования сопровождается возникновением отёчности в области опухоли, асцитом (скопление жидкости), болями. Повинуясь перестроенным нервным сигналам, организм начинает длительную фазу перестройки с формированием отёчных областей во всех проблемных частях организма, возвращаясь к нормальному сну, аппетиту, хотя слабость и усталость, свойственные ваготонии (нарушениям вегетативной нервной системы), могут привести к ошибкам в диагностике. Во время восстановительного периода могут возникать различные типы церебральных осложнений, в зависимости от длительности разрешения



конфликта и локализации фокуса Р. Хамера. Т.о., второй закон - двухэтапного развития заболевания (two phased nature of disease): пациент, который не разрешил свой конфликт, находится в первой, активной фазе конфликта, где преобладает влияние симпатической нервной системы (sympathetic nervous system), которая проявляется как «холодная болезнь» - это период конфликтно-активной фазы заболевания (СА или conflict active phase). Если ему удастся разрешить конфликт, он входит во вторую фазу заживления после устранения, «теплую болезнь» с доминированием парасимпатической (parasympathetic nervous system) регуляции (ревматическая, инфекционная, аллергическая и т. д. формы выздоровления), которая, однако, влечет за собой больше рисков, но после его завершения приходит полное исцеление –это период или фаза разрушения конфликта (СЛ или conflictolysis) и заканчивается постконфликтной фазой выздоровления (post conflicolytic phase). Третий закон - онтогенетических факторов болезни (ontogenetic system of diseases): прогресс заболевания связан либо со «старым мозгом» (мозговым стволом и мозжечком, которые контролируют процессы, связанные с основным выживанием), либо «новым мозгом» (головной мозг, он управляет более развитыми личными и социальными проблемами, такими как территориальные конфликты, конфликты разделения и конфликты самооценки и идентичности). Четвёртый закон - о продуктивности микробов (ontogenetic system of microbes): микробы не вызывают заболевания, а используются организмом, координируемым мозгом, для оптимизации фазы заживления, при условии, что требуемые микробы доступны по мере необходимости и не уничтожены традиционным лечением». Последний закон – «квинтэссенции» (“quintessence”): активная фаза конфликта и исцеляющая фаза болезней - «специфические осмысленные программы природы», разработанные в ходе эволюции вида, чтобы организмы могли отменить повседневное функционирование, чтобы реагировать в чрезвычайных ситуациях. Т.о., то, что установленная медицина называет «болезнью», на самом деле не существует, но является «спе-



циальной осмысленной программой природы» (sinnvolles biologisches Sonderprogramm) совладания [1; 2].

Заключение. Иммунные заболевания, как и иные болезни, всегда имеют свои «психологические аспекты» (осознание и переживание своей болезни, поведение больного и т.д.). Помощь пациентам с иммунными нарушениями лежит в плоскости гармонизации границ контакта-ухода. Направленная консультативная работа в этой сфере помогает преодолеть иммунное нарушение более эффективно и полно.

Список литературы:

1. Арпентьева М.Р. *Семья и самореализация личности: жизнеутверждение и жизнеотрицание* / М.Р. Арпентьева. – Saarbrücken: Lambert Academic Publishing, 2016. – 480с.

2. Арпентьева М.Р. *Жизнеутверждение и нравственно-психологические аспекты здоровья и болезней* / М.Р. Арпентьева. – Калуга: КГУ, 2017. – 380с.

3. Сахарова Н.А., Щукина Ю.В. *Феномен «Психологические границы личности» в психологии* // Психологический журнал. Дубна. *Dubna Psychological Journal*, 2014. - №3. - С.1-9.

4. Перлз Ф. *Практика гештальттерапии* — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2001\2005, К.: PSYLIB, 2004. – 480с

5. Hamer R.G. *Summary of the New Medicine* / R.G. Hamer. – Berlin: Amici di Dirk, 2000. – 210p.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЛЕНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Баранова Александра Валерьевна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Ключевые слова: лень, подростки, саморегуляция, мотивация достижения, ценностные ориентации.

Проблема понимания феномена лени в науке существует на протяжении длительного времени. Исследование психологического аспекта лени предполагает учет ряда научных позиций, среди которых можно назвать следующие: естественно-научная (лень как способ сохранения и восстановления затрачиваемых физических сил), социально-педагогическая (лень как отсутствие культуры труда), этическая (лень как неоднозначный по своей природе феномен может оцениваться как отрицательно, так и положительно). [4]

В отечественной психологии также не существует единого определения понятия «лень» и «леность», однако уже понятно, что изучаемый феномен имеет сложную, многокомпонентную структуру. Разработка данной проблемы ведется в работах таких отечественных исследователей, как Ильина Е. П., Михайловой Е. Л., Якиманской И. С., Воробьевой В. В., Богдановой Д. А., Посоховой С. Т.. На настоящий момент отсутствует строгое разделение понятий «лень» и «леность», различные исследователи выдвигают свои гипотезы в отношении данных феноменов: Михайлова Е. Л. предлагает понимать под леностью феномен, проявляющийся по отношению к какой-либо деятельности и развивающийся в ней[5]; Богданова Д. А. также разграничивает понятия «лень» и «леность», понимая лень как психическое состояние, а леность как свойство личности.[2] Важным компонентом данного феномена является самооценка степени выраженности данной личностной черты.[3]



При описании лени как психического состояния исследователи обращают внимание на следующие моменты: преимущественно нахождение в данном состоянии несет субъективно приятные переживания (В. Г. Белов, [1]); если человек оценивает состояние как чрезмерно продолжительное, эти переживания вступают в конфликт с другими чувствами (И. С. Якиманская – чувство вины, [7]; Е. Л. Михайлова – чувство долга и ответственности, [5]). Лениность выступает как интегративное свойство личности, объединяющее различные уровни функционирования индивида и его психики. Особое внимание уделяется связям лениности с такими сферами, как мотивационно-потребностной, ценностно-смысловой и с компонентами Я-концепции.[7]

Проблема изучения психологического аспекта лени является актуальной во всех возрастных категориях, однако особое значение она получает при рассмотрении ее проявлений в подростковом возрасте. Данный возраст признается важным этапом развития самосознания и ценностно-смысловой сферы, волевых и мотивационных качеств закладывающейся личности. Нами была выдвинута гипотеза о том, что подростки, оценивающие себя как «ленивые» и «неленивые», будут иметь различия в данных качествах.

Проведенное исследование было нацелено на выявление различий в связи субъективной оценки лениности с такими личностными особенностями, как уровень саморегуляции, мотивации достижения и ценностные ориентации у групп «ленивых» и «неленивых» подростков. Общий объем выборки составил 64 испытуемых, средний возраст которых составил $14 \pm 1,13$ лет. В исследовании принимали участие учащиеся средних классов средней общеобразовательной школы города Рязани.

Для выделения групп «ленивых» и «неленивых» подростков использовались методики экспертной оценки лениности Д. А. Богдановой и С. Т. Посоховой и методика самооценки лени тех же авторов.[6] Анализ полученных данных выявил значимые различия между группами «ленивых» и «неленивых» подрост-



ков по показателям саморегуляции, мотивации достижения, по некоторым терминальным и инструментальным ценностям.

В результате проведенного корреляционного анализа по выявлению связей субъективной оценки лени «неленивых» и «ленивых» подростков с показателями различных шкал были обнаружены прямые и обратные связи. Прямые связи наблюдаются при коррелировании субъективной оценки лени с выбором таких ценностей в методике «Ценностные ориентации»Рокича, как «Здоровье», «Честность», «Эффективность». Данный результат можно объяснить тем, что субъективно оцениваемый «неленивый» подросток, в иерархии ценностей которого данные ценности занимают более высокие позиции, склонен к ответственному выполнению обязательств и заинтересован в результатах своих действий, что проявляется в его деятельности и поведении, подкрепляя его оценку как «неленивого».

Обратные связи выявлены с такими показателями, как «Программирование», «Оценивание результатов», «Гибкость», «Самостоятельность», «Общий уровень саморегуляции» (опросник «Стиль саморегуляции поведения» Моросановой В. И. (ССПМ)), иными словами, чем выше показатель субъективной оценки лени, тем ниже показатели данных шкал. Также обратные связи выявлены для показателя мотивации достижения, что в совокупности с вышеизложенными данными объясняется более низкой способностью «ленивых» подростков к саморегуляции собственной деятельности и более низким уровнем мотивации достижения по методике ТМД А. Мехрабианав сравнении с группой «неленивых» подростков.

Наблюдается отрицательная корреляция субъективной оценки лени с выбором ценностей «Свобода», «Удовольствие», «Высокие запросы», «Рациональность». Полученные результаты объясняются тем, что данные ценности в иерархии субъективно оцениваемого «неленивого» подростка занимают более высокие позиции, имеют значимое влияние на его деятельность и достижения.



Ориентирующийся на получение удовольствия от выполняемой деятельности, беспрепятственное удовлетворение собственных потребностей подросток будет придавать большое значение деятельности «здесь и сейчас», не будучи ориентированным на достижение в ней высокого результата, что будет, в свою очередь, вести к субъективной оценке его как «ленивого».

Для группы «неленивых» подростков выявлены следующие особенности: более высокий уровень программирования деятельности, хорошая способность к оцениванию результатов собственной деятельности. Для группы «ленивых» подростков достоверно определены следующие особенности: менее выраженная мотивация достижения успеха, более низкий общий уровень саморегуляции деятельности и поведения.

В результате исследования была подтверждена гипотеза о том, что подростки, оценивающие себя как «ленивые» и «неленивые», имеют различия в уровне саморегуляции, мотивации достижения и ценностных ориентациях. Подтвердилась связь субъективной оценки лени с личностными особенностями «неленивых» и «ленивых» подростков. Приведенные результаты исследовательской работы упорядочивают и расширяют имеющиеся научные знания по феномену лени и его изучению в психологии, что имеет значение для дальнейшего развития области научного изучения данной проблематики. Изучение взаимосвязей лени с другими личностными чертами подростков позволит в дальнейшем осуществляться поиску причин появления лени как психологического феномена в данном возрасте.

Список литературы:



1. Белов В. Г. Досуговая деятельность как проявление социальной активности. *Научно-теоретический журнал «Ученые записки»*. 2010. №2(60). С.35-41.
2. Боровская Н. В. Психологические и психофизиологические факторы лени у учащихся // *Изв. РГПУ им. А. И. Герцена*. 2008. № 70-2. С.15-18 ; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-i-psihoфизиологические-факторы-лености-учащихся>. (Дата обращения: 14.05.17)
3. Варваричева Я.И. Психологические механизмы феномена лени // *Международная научная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2007»*. Секция «Психология», 2007. С. 1-4.
4. Ильин Е.П. *Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень*. СПб.: Питер. 2011. 224 с.
5. Михайлова Е. Л. Роль ситуационных и личностных факторов в формировании лени // *Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер. 6. Политология. Междунар. отношения*. 2007. № 2-1. С. 219-226.
6. Посохова С.Т. Лень: психологическое содержание и проявления // *Вестн. С.-Петербур. ун-та. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика*. 2011. № 2. С. 159-166. ; То же [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/len-psihoлогическое-soderzhanie-i-proyavleniya> (дата обращения: 01.04.17)
7. Якиманская И.С., Воробьева В.В. *Психология лени: постановка проблемы*. Оренбург, 2003. 22 с.



ВЛИЯНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НА КОМПОНЕНТЫ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Белевитина Ольга Андреевна

ТГУ им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Россия

Ключевые слова: высшие психические функции (ВПФ), мышление, нарушения речи, адаптивная саморегуляция (АС).

На протяжении всей истории психологических исследований мышления и речи проблема связи между ними привлекала к себе повышенное внимание. Статистические данные последнего десятилетия свидетельствуют о росте различных речевых нарушений у детей дошкольного и младшего школьного возраста, которые, в свою очередь, влияют на развитие высших психических функций, психосоматическое здоровье, социальную адаптацию и реализацию человека в жизни и обществе.

Наиболее распространенным среди учений, посвященных высшей психической деятельности человека, стало учение А.Р. Лурии, в котором высшие психические функции (ВПФ) определяются им как сложные саморегулирующиеся рефлексы, социальные по происхождению, опосредованные по структуре и сознательные, произвольные по способу осуществления.

Мышление — это умение совершать операции анализа и синтеза различных явлений действительности, образовывать на этой основе смысловые ассоциации, образовывать причинно - следственные выводы [1].

Психофизиологическим коррелятом формирования ВПФ выступают сложные функциональные системы, имеющие вертикальную (корково-подкорковую) и горизонтальную (корково-корковую) организацию. Каждая высшая психическая функция не осуществляется лишь одним мозговым цен-



тром, а является результатом системной деятельности мозга, в которой различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в построение данной функции [2].

В речи выделяют две стороны – внешнюю, выражающую языковые формы и их сочетания, и внутреннюю, семантическую. Если при анализе связей мышления и речи ограничиться только внешней стороной слова, то мысль останется для исследователя независимой от речи, лишь получающей свое словесное оформление. При семантическом анализе речи открываются ее действительные связи с мыслью, которая в слове и через слово совершается. В значении слова отражено функциональное единство мышления и речи, взаимообусловленность их развития.

Мышление у детей с речевыми нарушениями проявляется в нарушении его темпа, структуры и содержания. Одним из самых трудных является вопрос о первичности речи и мышления, об оценке структуры мышления у лиц с речевыми расстройствами.

Т.Б. Филичева и Г.А. Чиркина, характеризуя особенности интеллектуальной сферы детей с ОНР, отмечают: «Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными возрасту, дети, однако отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, что является следствием неполноценной речевой деятельности» [3].

Таким образом, обладая в полной мере предпосылками для развития мыслительных операций, доступными их возрасту, дети с речевой патологией отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего, умозаключением по аналогии [4].

В физиологическом отношении речь представляет собой сложный двигательный акт, осуществляемый по механизму условно-рефлекторной деятельно-



сти. Речь представляет собой сумму закрепленных условных рефлексов, или сложный динамический стереотип, выработанный в процессе жизнедеятельности организма и его контакта с внешней средой [5].

Доказано что речевое дыхание является физиологической и энергетической основой речи. Опыт практической работы с голосом и речью показывают, что оптимальным типом дыхания для фонации и речи является диафрагмальное дыхание (диафрагмально-реберное).

Изменение частоты сердечных сокращений (ЧСС) в зависимости от фаз дыхательного цикла (увеличение на вдохе и уменьшение на выдохе) получило название дыхательной аритмии или респираторной синусовой аритмии (РСА).

Исходя из физиологических механизмов РСА, очевидно, что данный показатель является не только важным параметром variability сердечного ритма, вегетативного баланса и кардиореспираторных отношений в организме, в том числе в процессах внешнего дыхания, но также то, что РСА служит объективным индикатором фаз дыхательного цикла, в том числе важной рабочей фазы голосо- и речеобразования – выдоха.

В настоящее время рядом исследований показано, что методы реабилитации, направленные на повышение и тренинг РСА улучшают показатели здоровья человека при функциональных кардиореспираторных нарушениях, психосоматической и речевой патологии.

Последнее десятилетие как у нас в стране, так и за рубежом в исследовательской и в медико-коррекционной и педагогической практике стала довольно широко использоваться адаптивная саморегуляция (АС) с внешней обратной связью по объективному физиологическому критерию межсистемной интеграции сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма – респираторной синусовой аритмии – РСА. В отечественной научно-практической сфере технология АС-РСА известна еще как метод ДАС-БОС (метод биологической обратной связи по дыхательной аритмии сердца). Суть метода АС дыхания, голосо-



образования, речи, поведения и психоэмоционального состояния по РСА и кардиореспираторным параметрам состоит в том, что с помощью инструкций специалиста, релаксационных техник, диафрагмального дыхания, сигналов внешней обратной связи и поэтапно-усложняющихся речевых нагрузок человек вырабатывает у себя новые, здоровые навыки (динамические стереотипы) дыхания, артикуляции, голосообразования, речи и поведения [6].

Таким образом, комплексное использование АС-РСА с психолого-педагогическими, психотерапевтическими, общеукрепляющими и развивающими методами и методиками способствует оптимизации и нормализации психологических, клинических и физиологических показателей здоровья человека, повышает его адаптацию и социализацию.

Список литературы:

1. Астаева А.В. Основные проблемы нейропсихологического исследования в детском. возрасте // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2010. №4(180). С. 71-76.
2. Цветкова Л.С., Цветков А.В. Нейропсихологическое консультирование в практике психолога образования. М. Издательство «Спорт и Культура - 2000». 2012. 120 с.
3. Филичева Т.Б. Обучение и воспитание детей с общим недоразвитием речи в старшей группе детского сада // Дефектология. Сообщения 1–3. 1986. № 3. С. 50–52; 1987. № 1. С. 69–74; № 4. С. 71–76.
4. Филичева Т.Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: практ. пособие. М. Айрис-пресс. 2008. 224 с.
5. Цветкова Л.С. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: учебное пособие. М. Издательство Московского психолого-социального института. 2010. 320 с.



б. *Вовк О.Н. Адаптивная саморегуляция дыхания, артикуляции, голосообразования, речи, поведения и психоэмоционального состояния человека по кардиореспираторным параметрам. Учебно-методическое пособие. СПб. НПФ «АМАЛТЕЯ». 2010. 85 с.*



ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПОЗНАВАНИЯ ЭМОЦИЙ ПО ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ И ИХ СВЯЗЬ С ПРОФИЛЕМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Билык Екатерина Вадимовна

ФГБОУ ВО РГСУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: распознавание эмоций, шизофрения, профиль латеральной организации, гендерные особенности.

Многие исследователи указывают на то, что развитие эмоциональной компетентности является условием сохранения психического здоровья личности[1], также можно отметить, что этот фактор может быть учтен при определении уровня сохранности психики. Для коррекционных мероприятий совершенствование навыков межличностного общения может играть важную роль, для которого, в свою очередь, важно адекватное восприятие эмоционального контекста, и для лучшей организации таких мероприятий было бы полезно выявить факторы и специфические особенности, влияющие на толкование пациентами невербального содержания коммуникаций.

Для понимания гендерных различий в оценке выражений лица как одного из ключевых факторов успешного общения было проведено исследование восприятия эмоциональных выражений лиц и возможность их различения больными шизофренией зрелого возраста с разными профилями латеральной организации.

Экспериментальное исследование было проведено на базе ГБУ Психоневрологический интернат №12 Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы. Было обследовано 42 получателя социальных услуг с диаг-



нозом «шизофрения», преимущественно параноидной формы, 22 женщины и 20 мужчин, средний возраст которых составил 56,8 лет.

Для определения профиля латеральной организации нами использовались пробы, выявляющие три типа асимметрии: моторной, слуховой и зрительной. Для выявления мануальной асимметрии использовались следующие пробы: скрещивание рук, переплетение пальцев, проба с рисованием на руке, проба с подведением часов, бимануальный теппингтест, выполнение бимануальных рисунков [4]. Для выявления слуховой асимметрии использовались методики: проба с прислушиванием к ходу часов, проба «Телефонная трубка» [4]. Для выявления функциональной зрительной асимметрии нами использовались проба с прищуриванием, проба "Калейдоскоп", проба «Карта с дыркой» [5], «установление» вертикали [2].

Также нами были взяты элементы из методики определения степени индивидуальной успешности распознавания эмоций по выражению лица (JACFEE) П. Экмана и Д. Матсумото [3], а именно 38 фотографий лиц мужчин и женщин разных этнических групп, демонстрирующих следующие эмоции: радость (7 шт.), печаль (8 шт.), страх (6 шт.), гнев (7 шт.), удивление (7 шт.), а также нейтральные выражения (3 шт.) [7], демонстрируемые в течение 1 секунды.

В ходе проведенного исследования нами были определены профили латеральной организации (ЛЮ) каждого из 42 испытуемых, которые были соотнесены с шестью группами в соответствии с типом: ППП, ППЛ, ПЛП, ПЛЛ, АПП, АЛЛ, где П – доминирование правосторонних признаков, Л – левосторонних, А – амбидекстрия; на первом месте обозначена ведущая рука, на втором – ведущее ухо, на третьем – ведущий глаз [6].

При опознании эмоций количество ошибок варьировалось от 8% до 95%, а среднее количество допущенных ошибок составило 45%. Причём количество ошибок, совершённых мужчинами и женщинами в среднем различно: 52% и



39% соответственно, что на первый взгляд указывает на лучшее распознавание эмоций женщинами, нежели мужчинами.

Анализ ошибок в распознавании каждой отдельной эмоции показал следующие результаты. Так, наиболее лёгкой для восприятия эмоцией оказалась радость, при её распознавании испытуемые допускали наименьшее количество ошибок: мужчины – 17%, женщины – 5% (причём мужчины ошибались в 3,4 чаще, чем женщины). При восприятии удивления мужчины ошибались в 43% случаев, а женщины – в 24%. Определяя выражение печали, мужчины и женщины делали практически одинаковое количество ошибок – 53% и 52% соответственно. При предъявлении фотографий с гневными выражениями лица мужчины допустили 68%, а женщины – 55% ошибок. В определении проявлений страха мужчины ошибались в 73% случаев (что указывает на то, что эта эмоция оказалась наиболее трудной для распознавания мужчинами), а женщины – в 52% случаев. Таким образом, общая тенденция лучшего распознавания эмоций женщинами, нежели мужчинами прослеживается почти для каждой эмоции в частности.

С другой стороны, при сравнении результатов мужчин и женщин внутри каждого профиля в некоторых случаях указанная выше тенденция нарушается. Так, мужчины с профилем латеральной организации ППП распознают гнев несколько лучше, чем женщины с тем же типом ПЛО (59% ошибок и 64% соответственно). Также мужчины с профилем АПП лучше справились с выявлением печали, чем женщины (38% ошибок и 50% соответственно). Женщины с профилем АЛЛ ни разу верно не определили эмоцию страха, тогда как мужчины оказались в этом несколько лучше и распознали страх на 17% фотографий. Однако наиболее отличный от общей тенденции результат показала группа мужчин с профилем ПЛП: при выявлении страха и гнева они показали такой же результат, как и женщины, а в выявлении радости, печали и гнева даже превзошли их. Проявления радости и удивления мужчины группы ПЛП определяли



безошибочно, тогда как женщины совершили 7% ошибок в выявлении радости и 57% – в выявлении удивления; определяя печаль на предъявленных фотографиях, мужчины допускали всего 13% ошибок, а женщины – 81%.

Следует отметить, что при предъявлении фотографий, на которых демонстрируются нейтральные выражения, 22 испытуемых смогли определить их правильно. Это удалось 59% женщин и 45% мужчин, при этом стоит отметить, что женщины делали это лучше, чем мужчины в 1,5 раза.

Таким образом, проведенное исследование позволяет предположить о существовании общей тенденции лучшего распознавания эмоций женщинами, нежели мужчинами и некоторых частных особенностей в определении эмоционального состояния по выражению лица, характерных для некоторых типов ПЛО.

Список литературы:

1. Бортникова А. А. Исследование структуры эмоционального интеллекта / А. А. Бортникова, О. С. Чаликова // Психологический вестник Уральского государственного университета. Вып. 6. — Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2008. С. 262-264.
2. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб.: Изд-во «Стройлеспечать», 1997. 303 с.
3. Гранская Ю. В. Распознавание эмоций по выражению лица : дис. канд. психол. наук : 19.00.01 / Гранская Юлиана Викторовна. СПб, 1998. 175 с.
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002. 232 с.
5. Сиротюк А.Л. Обучение детей с учетом психофизиологии. М.: ТЦ Сфера, 2000. 128 с.



6. Хомская Е.Д., Ефимова И.В., Будыка Е.В. и др. *Нейропсихология индивидуальных различий: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования. М.: Издательский центр «Академия», 2011. 160 с.*

7. Экман П., Фризен У. *Узнай лжеца по выражению лица / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2010. 272 с.: ил.*



СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ОСНОВНЫЕ МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Благов Илья Андреевич, Василенко Татьяна Дмитриевна,

Селин Александр Владимирович

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Ключевые слова: соматоформное расстройство, совладающее поведение, копинг-стратегии, психотерапевтическое воздействие.

Введение

Изучая то или иное психосоматическое заболевание, одной из центральных проблем является вопрос не только выздоровления, лечения больного непосредственно от заболевания, но и вопрос адаптации больного к окружающей среде, а также субъективное отношение к своей болезни. Важность изучения способов совладающего поведения заключается в значительном влиянии данного аспекта на процесс психотерапевтического лечения и реабилитации [1]. На сегодняшний день отмечен рост невротических расстройств во всём мире во всех возрастных группах, а также обращением пациентов с соматоформными расстройствами к специалистам общей практики. Не менее 25% пациентов по данным ВОЗ обращающихся к врачам-специалистам, обнаруживают сохранность систем органов и их функционирования, но при этом субъективно ощущают признаки заболевания [3]. Где именно искать истинные причины заболевания и эффективные причины психотерапевтического лечения и адаптации больного к здоровому функционированию в обществе и является основной, на наш взгляд, проблемой.

Концептуальные основания



Впервые термин появился в психологической литературе в 1962 году. Л. Мэрфи применил его, изучая, каким образом дети преодолевают кризисы развития. Четыре года спустя, в 1966 году Р. Лазарус в своей книге «Психологический стресс и процесс совладания с ним» обратился к копингу для описания осознанных стратегий совладания со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями [2].

Более точно копинг-поведение определяется так: копинг — это «непрерывно меняющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как чрезмерные или превышающие ресурсы человека». Авторы подчеркивают, что копинг — это процесс, который все время изменяется, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и оказывают друг на друга взаимное влияние [5].

Стратегии, направленные на решение проблем, в общем, являются более эффективными, чем стратегии, назначение которых — совладание с отношением индивида к проблеме. Но, как бы то ни было, исследования также свидетельствуют, что применение сразу нескольких способов совладания более эффективно, чем выбор только одного конкретного способа реагирования на ситуацию [2].

Цель исследования: изучить особенности копинг-стратегий личности при соматоформном расстройстве и отличны ли они от копинг-стратегий здоровых людей и сформулировать основные мишени психотерапевтического воздействия.

Для достижения поставленной цели исследования мы выдвинули центральную гипотезу, которая звучит следующим образом: у больных соматоформными расстройствами копинг-стратегии характеризуются преобладанием неадаптивных форм совладания, что проявляется в виде высокой напряжённостью копинг-стратегий поиска социальной, инструментальной, эмоциональной



поддержки, низким уровнем использования юмора в качестве копинг-стратегии, сниженным уровнем жизнестойкости и субъективного благополучия на фоне высокого уровня социальной фрустрированности.

В качестве методов исследования нами были использованы: опросник «Способы совладающего поведения» (ССП, Lazarus, Folkman, 1984; Вассерман и соавт., 2009); опросник «Проактивного совладающего поведения» (копинга) (англ. Proactive Coping Inventory, сокр. PCI); шкала Удовлетворенности жизнью (SWLS, Diener et al., 1985; Осин, Леонтьев, 2008); шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (ШПАНА); тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева; русскоязычный вариант опросника «Шкала совладания (копинга) юмором» Р. Мартина и Х. Лефкорта (The coping humor scale (CHS)) (в адаптации Т.В. Артемьевой); методика «Уровень социальной фрустрированности» (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, М.А.Беребин).

Для статистического анализа нами были выбраны методы описательной и сравнительной статистики: первичная описательная статистика, непараметрический критерий для двух несвязанных (независимых) выборок U Манна-Уитни. Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 6.0.

Представленная работа является результатом комплексного исследования, проводившегося в период с сентября 2016 по сентябрь 2017 года, в ходе которого были исследованы больные, страдающие соматоформными заболеваниями. Исследование проводилось на базе Областной наркологической больницы города Курска, психосоматического отделения.

Результаты и их обсуждение

Детально изучая результаты исследования, мы обратили внимание на ряд особенностей.



У больных соматоформными расстройствами высокой напряжённостью характеризуются такие копинг-стратегии, как «Принятие ответственности» и «Поиск социальной поддержки». Полученные результаты характеризуют таких больных как стремящихся получить вторичную выгоду от своего заболевания в виде привлечения к себе заботы и внимания окружающих людей, в первую очередь близких родственников и друзей, а также врачебного персонала. Им крайне необходима социальная поддержка в том или ином виде. Также мы отмечаем частичное отсутствие ответственности и критики к своему заболеванию. Также были обнаружены особенности использования юмора в качестве копинг-стратегии, где мы снова отмечаем неосознаваемую манипулятивность поведения. В целом отмечается низкая выраженность использования данного способа копинга. Кроме того отмечено, что такому больному составляет трудность абстрагироваться, понизить серьёзность своего заболевания и ослабить тревогу за себя с помощью юмора, потому как болезнь для него нечто значимое и дорогое, за счёт чего он получает вторичную выгоду.

Субъективный уровень удовлетворённости жизнью у лиц с данным видом психогенных расстройств снижен, как и общий уровень психологического благополучия. Преобладают негативные эмоциональные состояния, тогда как позитивные встречаются реже. Выявлен сниженный уровень жизнестойкости у соматоформных больных. В том числе мы отмечаем выраженность уровня социальной фрустрированности, что связываем с малоэффективной психологической защитой и отсутствием должной, на субъективный взгляд больного, социальной поддержки.

Выводы

Итак, в целом мы можем утверждать о подтверждении центральной гипотезы. У больных соматоформными расстройствами копинг-стратегии характеризуются преобладанием неадаптивных форм поведенческих стратегий, что



проявляется в виде высокой напряжённости копинг-стратегий поиска социальной, инструментальной, эмоциональной поддержки, сниженным уровнем жизнестойкости и субъективного благополучия на фоне высокого уровня социальной фрустрированности, а также значительного преобладания негативного аффекта над позитивным. Уровень использования юмора в качестве копинг-стратегии значительно снижен.

. Психотерапевтическое воздействие в ситуации соматоформного заболевания должно быть направлено на формирование адаптивных копинг-стратегий, высокого уровня жизнестойкости, социализация больных и снижение уровня социальной фрустрированности, а также расширение сознания и выявление индивидуальных причин достижения здорового состояния. Данное воздействие в то же время позволит перевести фокус внимания больных на здоровое, прямое, а не опосредованное с помощью болезней, удовлетворение социальных и психологических потребностей, что позволит отказаться соматоформных больных от использования болезни в качестве выгоды и, в перспективе, к полному или частичному выздоровлению.

Список литературы:

1. Баскакова, С.А. *Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — №2. Т20. — С. 88-96*
2. Малышев, И.В. *Характеристика социально-психологической адаптации и копинг-стратегий личности в разных условиях социализации / И.В. Малышев // Современные исследования социальных проблем. - 2012. - №12(20). с 23*
3. Чижова, А.И. *Особенности личности больных с соматоформными расстройствами // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. — 2012. — №8. — С.123-129*



4. Прибытков А. А., Еричев А. Н., Коцюбинский А. П., Юркова И. О. *Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы* // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2014. — №4. — С.73-80
5. Исаева Е.Р. *Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни*. — СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. — 136 с.
6. Пережогин, Л. О. *Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика* — М., 2015. — 22 с.
7. Реан, А. А. *Психология адаптации личности Текст.* / А. А. Реан, А. Р. Кудашев, А. А. Баранов. //— СПб.: Прайм — Еврознак, 2006. — 479 с.



ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Бочек Юлия Васильевна

ЯрГУ им П.Г. Демидова, г. Ярославль, Россия

Ключевые слова: рассеянный склероз, совладающее поведение.

Рассеянный склероз (рассеянный энцефаломиелит) - это хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы [5]

Изучение нарушений, возникающих вследствие этого заболевания, является одним из наиболее динамично развивающихся направлений в клинической психологии, неврологии, психиатрии и т.д. Учитывая увеличение распространенности рассеянного склероза, а также инвалидизацию больных в трудоспособном возрасте, затраты на социальную помощь, возникает необходимость создания программ, направленных на реабилитацию больных рассеянным склерозом.

Само течение рассеянного склероза связано с нарушением психологической и социальной адаптации: больной сталкивается с новыми условиями жизни, образом жизни, процессом лечения, медикаментозным вмешательством, процессом реабилитации и мн.др [3]. Таким образом, рассеянный склероз сопряжен с хроническим психоэмоциональным напряжением и стрессом, что требует адекватного совладания с ними.

К примеру, в исследовании Николаева Е.Л. и др. доказано, что наличие у больных рассеянного склероза сопровождается негативными изменениями в совладающем поведении на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях [2]



Важно отметить, что совладающее поведение (или копинг-стратегии) является значимым фактором отношения человека к своей болезни и, соответственно, фактором, влияющим на процесс реабилитации. Таким образом, изучение совладающего поведения больных рассеянным склерозом поможет выработать правильное направление коррекции дезадаптивного поведения больных.

Цель данного исследования – изучение особенностей совладающего поведения у больных рассеянным склерозом.

Задачи исследования:

- 1) Обозначить основные типы совладающего поведения у больных рассеянным склерозом.
- 2) Выделить различия в совладающем поведении у мужчин и женщин, больных рассеянным склерозом.

В исследовании приняли участие 50 больных рассеянным склерозом, проходивших медицинскую комиссию на базе кафедры нервных болезней с медицинской генетикой и нейрохирургией Клинической больницы №8 г. Ярославль в возрасте от 18 до 60 лет (30 женщин и 20 мужчин). Все больные когнитивно сохранны и не подвержены инвалидизации.

С целью изучения совладающего поведения были использованы «Методика для психологической диагностики копинг-механизмов Э.Хейма» и «Опросник совладания со стрессом» [4]

По результатам проведения «Опросника совладания со стрессом» было выявлено, что наиболее используемым типом совладающего поведения среди больных рассеянным склерозом является «Принятие» (принятие реальности произошедшего, стрессовой ситуации), а также «Активное совладание» (активные шаги или прямые действия, направленные на преодоление стрессовой ситуации) и «Планирование» (обдумывание того, как вести себя в отношении



сложной жизненной ситуации, разработка стратегии поведения). Самыми менее используемыми типами совладающего поведения являются «Использование «успокоительных» (принятие алкоголя, лекарственных средств или наркотиков как способ избегания проблемы и улучшения самочувствия, поднятия настроения) и «Поведенческий уход от проблемы» (отказ от достижения цели, регулирование усилий, направленных на взаимодействие с источником стресса).

Также нами были выявлены значимые различия между двумя группами (мужчины и женщины), где t -Стьюдента = 2,220 (при $p=0,950$) при выборе типа такого совладающего поведения, как «Концентрация на эмоциях и их активное выражение». Это значит, что женщины больше склонны фокусироваться на неприятных эмоциях, негативных ситуациях и выражать отрицательные эмоции, чем мужчины, больные рассеянным склерозом.

Были выявлены значимые различия в использовании типа совладающего поведения «Юмор», где t -Стьюдента = 4,210 (при $p=0,990$). То есть мужчины чаще используют юмор, чем женщины, в стрессовых ситуациях, а именно – переводят сложившуюся ситуацию в шутку, стараются воспринимать произошедшее с юмором, находят в случившемся забавные моменты.

По результатам проведения «Методики для психологической диагностики копинг-механизмов Э.Хейма» (Рис.1) было выявлено, что больные рассеянным склерозом используют когнитивные адаптивные (48%) и неадаптивные (40%) стратегии примерно одинаково, что можно сказать и о поведенческих стратегиях (42% и 36% соответственно). Что касается эмоциональных копинг-стратегий, то здесь большинство больных используют адаптивные стратегии (66%).

	Когнитивные	Эмоциональные	Поведенческие
Адаптивные	48%	66%	42%



Относительно адаптивные	12%	12%	22%
Неадаптивные	40%	22%	36%

Рис. 1. Результаты «Методики для психологической диагностики копинг-механизмов Э.Хейма»

Также было выявлено, что среди когнитивных копинг-стратегий наиболее используемыми были «сохранение самообладания» (адаптивная) и «диссимуляция» (неадаптивная). Среди эмоциональных копинг-стратегий наиболее часто использовались «оптимизм» (адаптивная) и «покорность» (неадаптивная). Среди поведенческих копинг-стратегий наиболее используемыми являются «альтруизм» (адаптивная), «отступление» (неадаптивная) и «активное избегание» (неадаптивная).

Значимых различий между мужчинами и женщинами в выборе копинг-стратегий в этой методике выявлено не было.

Таким образом, мы получили следующие выводы в исследовании:

1) Большинство больных рассеянным склерозом склонны выбирать адаптивные типы совладающего поведения, направленные на принятие своего заболевания, активное совладание с ним. Реже выбираются те типы совладающего поведения, которые направлены на избегание и неприятие своего заболевания посредством «успокоительных» и др. средств.

2) Мужчины, больные рассеянным склерозом, более склонны выбирать тип совладающего поведения «Юмор», а женщины - «Концентрация на эмоциях и их активное выражение».

Список литературы:



1. Дибривная К.А., Ениколопова Е.В., Зубкова Ю.В., Бойко А.Н. Особенности совладающего поведения (копинг-стратегий) у больных рассеянным склерозом (обзор)/Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013;113(2). С. 48-52
2. Николаев Е.Л., Васильева Н.В., Голенков А.В. Клинико-психологические особенности совладания (копинга) у больных рассеянным склерозом/ Практическая Медицина, 2015; Вып.5. С. 59-62
3. Попеня И.С. Копинг-поведение пациентов, страдающих рассеянным склерозом./ Журн. Гродненского гос. медицинского университета №2 2012. С.77-79
4. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE/ Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т.10, №1. С. 82-118
5. Столяров И. Д., Бойко А. Н. Рассеянный склероз. Диагностика, лечение, специалисты. - СПб: ЭЛБИ, 2008. - 320 с.
6. Шмидт Т. Е., Яхно Н. Н. Рассеянный склероз. - М.: Медицина, 2003
7. Goretti B., Portaccio E., Zipoli V. et al. Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis // Clin. Neurol. Neurosurg. 2010. Vol. 112. № 2. P. 127–130.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ

Важенина Полина Викторовна

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Ключевые слова: алкогольная зависимость, нейропсихологическая диагностика, синдром отмены алкоголя с делирием.

Актуальность

Согласно данным ВОЗ во всем мире в результате вредного употребления алкоголя ежегодно происходит 3,3 миллиона смертей, что составляет 5,9% всех случаев смерти. Потребление алкоголя приводит к смерти и инвалидности относительно на более ранних стадиях жизни. Среди людей в возрасте 20-39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкоголем. Существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств, других неинфекционных нарушений здоровья, а также травм.[3] Поэтому актуальность проблемы алкоголизма выходит на первый план.

Употребление алкоголя приводит к нарушению функционирования организма в целом. В большей мере действие алкоголя проявляется на центральной нервной системе, в первую очередь на коре больших полушарий мозга.[4] Злоупотребление алкоголем вызывает поражение мозга и периферических нервов.[2] Хроническое злоупотребление алкоголем в большинстве случаев приводит к развитию когнитивных расстройств различной степени выраженности.[1]



Ниже приведен клинический разбор пациента с синдромом отмены алкоголя с делирием, шифр F10.40.

Клинический разбор.

Пациент С, 31 год проходил нейропсихологическое исследование на базе «Курской клинической психиатрической больницы имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» с целью определения нарушенных и сохраненных ВПФ.

Из субъективного анамнеза: Разведен, есть сын. Имеет высшее образование по специальности «юрист», по профессии не работал. Работает компьютерным техником. Черепно-мозговые травмы отсутствуют. Хронические заболевания отсутствуют. Выпивать начал после того, как развелся с первой женой, тогда же была первая попытка суицида. После, женился во второй раз, после развода со второй женой запои начали иметь более затяжной характер и могли длиться около месяца, так же была повторная попытка суицида.

Из объективного анамнеза: Поступил в 3 отделение «Курской клинической психиатрической больницы имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» первично. Длительность запоя 3 недели. Поступил с синдромом отмены алкоголя с делирием, шифр F10.40.

Пациент в общение вступает не охотно. На вопросы отвечает по существу. Внешне опрятен. Мимика обеднена. Критика к своему состоянию снижена. Ответы на вопросы адекватны. Эмоциональный фон снижен. Во времени, месте, собственной личности ориентирован. К ситуации исследования относится формально, результатами не интересуется. Лечение принимает.

Праксис: сила и тонус мышц снижены, простые инструкции выполняет правильно, праксис позы, оральный, кинестетический, символический праксисы сохранены. Реципрокная координация имеет незначительные нарушения, снижен темп выполнения, наблюдается тремор верхних конечностей. При исследовании динамического праксиса выявлены следующие нарушения: темп



выполнения снижен, наблюдалось сглаживание движений, тремор. Пробы выполняет правильно. Предметные действия доступны.

Чувствительная сфера: При исследовании глубокой чувствительности нарушений выявлено не было. Пробы выполняет правильно. Стереогноз сохранен. При исследовании поверхностной чувствительности, выявлено снижение чувствительности в области кистей обеих рук, не смог правильно распознать цифры и буквы, справился с заданием при предъявлении данной пробы в области предплечья.

Зрительное восприятие: предметный, буквенный, цифровой, цветовой гнозисы сохранены. Оптико-пространственное восприятие сохранно. Пробы выполняет правильно.

Наличие незначительных нарушений в лицевом гнозисе, не смог назвать несколько портретов, сказал, что не помнит кто изображен.

Слухо-моторная координация: При исследовании слухового восприятия на момент обследования выявлены незначительные нарушения, несколько раз отстукивал большее количество, но при повторном предъявлении ошибок не повторял.

Речь и письмо: При исследовании речи дезавтоматизированная речь, повторная, диалогическая речь в норме. Письмо доступно.

Память: Слухоречевая память снижена, в методике «10 слов», получены результаты: 4,5,5,7 отсроченное воспроизведение – 3 слова.

Внимание: В методике таблицы «Шульте», были получены следующие результаты: 1.10, 1.00, 1.25, 1.27, 1.33, что свидетельствует о том, что внимание не устойчиво, концентрация и темп снижены.

Мышление: Понятийное мышление сохранно. Решение арифметических задач затруднено, темп снижен, в некоторых примерах допускал ошибки. Категориальное мышление: классификацию, исключение лишнего, объединение предметов осуществляется с опорой на конкретно-ситуативные признаки.



Закключение: На момент исследования реципрокная координация имеет нарушения, снижен темп выполнения, наблюдается тремор верхних конечностей. При исследовании динамического праксиса выявлены следующие нарушения: темп выполнения снижен, наблюдалось сглаживание движений, тремор. При исследовании поверхностной чувствительности, выявлено снижение чувствительности в области кистей обеих рук. Наличие незначительных нарушений в лицевом гнозисе. При исследовании слухового восприятия на момент обследования выявлены незначительные нарушения. Слухоречевая память снижена. Внимание не устойчиво, концентрация и темп снижены. При исследовании мышления объединение предметов осуществляется с опорой на конкретно-ситуативные признаки.

Список литературы:

1. Андрианова Е. Д., Дамулин И. В., Сиволап Ю. П., Когнитивные расстройства при алкоголизме // «НАРКОЛОГИЯ» - 6/2013. - стр. 79-85
2. Никитин Ю. И. Нервно – психические заболевания при алкоголизме, Киев: «Здоровья», 1988. – стр. 13
3. Павлова, В. Алкоголизм и наркомания с точки зрения психиатрии / В. Павлова // Пока не поздно! - 2013 - № 3 (21-31 января). – стр. 4 .
4. Сиволап Ю. П., Савченков В. А., Янушкевич М. В., Алкогольное поражение нервной системы: систематика, патогенез, подходы к лечению // журнал «НАРКОЛОГИЯ» - 2/2014, - стр. 52-57



ТЕХНОЛОГИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ПСИХОЛОГИИ. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Варламов Андрей Витальевич, Карашук Любовь Николаевна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Ключевые слова: виртуальная реальность в психологии, VR, ВР, новые методы психологического исследования, наука и техника, виртуальная среда, трехмерное моделирование, психогенная ситуация.

Не секрет, что наукой психологию делает распространенность естественно-научных методов исследования с применением приемов математико-статистической обработки эмпирических данных.

В частности, одну из главных ролей становления психологии как самостоятельной дисциплины сыграло внедрение экспериментального метода исследования, который позволял получать объективные данные измерения и сопоставления тех или иных аспектов психической деятельности человека. Психология - стремительно развивающаяся наука, и виртуальная реальность для неё - это новейший и наиболее перспективный в современной действительности повсеместного использования компьютерной техники путь к объективному и подробному моделированию, который нельзя игнорировать.

Психологические исследования с применением метода виртуальной реальности на сегодняшний день являются одними из самых прогрессивных и перспективных, а опыт исследователей, работавших с данной технологией - ценнейший материал для ознакомления любого психолога, стремящегося в своих научных изысканиях идти в ногу со временем. Рассмотрим некоторые из них.

1. "Out-of-body experience", Karolinska Intitutet , Ehrsson et al., 2007.



Группа учёных из Каролинского института (Швеция) под руководством Генрика Эрсона с 2006 года занимается изучением особенностей восприятия собственного тела, используя технологию моделирования тела аватара (проекции тела участника в виртуальную среду) с помощью манекенов, видеокамер и шлема объемной трансляции видеоряда в реальном времени.

В своих экспериментах они достигли больших успехов, открыв феномен переноса восприятия собственного тела на другой объект (например манекен), схожий с телом испытуемого в общих морфологических признаках. На голову испытуемого надеваются специальные очки, закрывающие весь обзор кроме предоставляемого видеопотоком из камер в глазах манекена. При выполнении синхронных действий с телом манекена и вызова аналогичных этим действиям тактильных ощущений у самого испытуемого регистрируется "привыкание" к телу аватара. При этом последующие действия (например поглаживания или взмахи острым предметом) перед "глазами" аватара вызывают созвучные кожно-гальванические реакции и потенциалы в коре головного мозга испытуемого. Иными словами регистрируется феномен восприятия испытуемым тела манекена как своего собственного.

Таким образом, команда исследователей из Швеции первой ближе всех подобралась к механизмам искусственного изменения самовосприятия тела человека.

2. Использование феномена Out-of-body в целях снижения навязчивого страха смерти. Университет Барселоны, Мэл Слэтер и др., 2016.

В развитии теории феномена "отделения от тела" немаловажную главу занимает именно данное исследование ученых из Барселонского университета. В проекте принимали участие 32 добровольца, страдающих от навязчивого страха смерти.

На этот раз исследование включало в себя использование трехмерной виртуальной среды, в которую человек погружался при помощи специального



шлема виртуальной реальности и костюма, оборудованного небольшими вибрирующими механизмами на руках и ногах.

Ситуация внутри модели представляла собой тело "аватара", глазами которого наблюдает за происходящим испытуемый и движениями которого он может управлять при помощи движений собственных конечностей, однако не может передвигаться. Постепенно на тело аватара, а именно в места, соответствующие установленным в костюме испытуемого датчикам, начинают падать и отскакивать резиновые мячики, аналогично предыдущему исследованию выполняющие иммерсивную функцию, глубже погружая испытуемого в среду. Постепенно темп отскоков ускоряется. Затем происходит моделирование "умирания" посредством отдаления камеры за затылок тела аватара, при этом половина испытуемых продолжают ощущать на своем теле вибрации от падающих на него мячиков. После эксперимента большинство из них было уверено в снижении субъективного страха внезапной смерти. Сами ученые комментируют этот эффект как трансляцию убеждения в продолжении существования после физического умирания организма.

3. Исследования Альберта "Skip" Риззо, Университет Южной Калифорнии, Институт Креативных Технологий, Факультет Психиатрии и Поведенческих Наук.

Альберт Риззо по праву может считаться одной из центральных фигур XXI столетия в сфере применения технологий виртуальной реальности в психологической практике. На его счету работа с различными фобиями, посттравматическими стрессовыми расстройствами, а так же отсроченными стрессовыми реакциями участников войн во Вьетнаме и Афганистане.

Работы в области виртуальной психотерапии, проводившиеся под его началом всемирно известны. Среди них разработки для терапии фобий разной направленности, использующие трехмерные модели для постепенного погружения человека в виртуальную среду, эмулирующую психогенную ситуацию, вы-



зывающую страх. Например, взаимодействие с моделями пауков, прогулки по крышам небоскребов, полеты на самолете и многие другие ситуационные разработки.

Кроме того, Риззо всемирно известен благодаря участию в проекте *Bravemind*. Это специальная психотерапевтическая среда, заключающаяся в погружении в трехмерные модели критических армейских ситуаций в декорациях восточных войн, в которых участвовали американские солдаты за последние десятилетия. В ходе исследований доказано, что порционное и постепенное участие в подобных погружениях ветеранов этих войн, страдающих от отсроченных стрессовых реакций, постепенно вызывает эффект привыкания и снижает навязчивость воспоминаний, ослабляя течение заболевания.

4. *SnowWorld - "Снежный мир"*, Хантер Хоффман, Дэвид Паттерсон, Вашингтонский Университет, 1996-2004.

"Снежный мир" - уникальная для своего времени разработка виртуальной реальности, цель которой - снижение болевых ощущений у ожоговых больных.

Данная разработка позволяет эффективно снижать болевые ощущения даже от высших степеней ожогов без применения химической обезболивающей терапии. Суть работы заключается в погружении больного в трехмерную модель ледяного каньона при помощи шлема виртуальной реальности. Больной может управлять движениями камеры, движениями аватара. По всему периметру каньона расположены снеговики, пингвины и прочие тематические атрибуты зимы и полярного круга. При этом объекты интерактивны и больной может под весёлую музыку "расстреливать" их снежками.

Контрольная серия экспериментов на здоровых добровольцах, которые сначала подвергались тепловым и болевым воздействиям, а затем аналогичным способом погружались в виртуальную реальность, убедительно доказывает тенденцию субъективного снижения болевых ощущений посредством погружения в виртуальную среду. Кроме того, практика применения технологии в кли-



никах так же показывает снижение применения опиумсодержащих обезболивающих у пациентов, участвовавших в экспериментах. При регистрации ритмов ЭЭГ на фМРТ во время экспериментов установлена сниженная активность центров, отвечающих за восприятие боли: островка таламуса, первичной и вторичной соматосенсорной коры и т. д.

Кроме того, важнейшим открытием ученых является доказательство превосходства степени иммерсивности с применением специального оборудования над стандартным погружением в процесс во время видеоигры на плоском мониторе.

Таким образом, метод погружения в виртуальную реальность во время психологического исследования является не только перспективным современным исследовательским приёмом. Данная технология представляет собой интересную прогрессивную разработку для практического применения в разных областях человеческой деятельности. И не в последнюю очередь в клинике психологии и медицины.

Список литературы:

1. Зинченко Ю.П., Меньшикова Г.Я., Баяковский Ю.М., Черноризов А.М., Войскунский А.Е. Технологии виртуальной реальности: методологические аспекты, достижения и перспективы // *Национальный психологический журнал*. 2010. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/tehnologii-virtualnoy-realnosti-metodologicheskie-aspekty-dostizheniya-i-perspektivy-1> (дата обращения: 20.09.2017).

2. Ehrsson H.H. *The Experimental Induction of Out-of-Body Experiences* // *Science*. — 2007. — Vol. 317. — P. 1048.

3. Ehrsson H.H., Rosen B., Stockselius A., Ragnö C., Köhler P., Lundborg G. *Upper limb amputees can be induced to experience a rubber hand as their own* // *Brain*. - 2008.



4. Parsons T.D., Iye A., Cosand L., Courtney C., Rizzo A.A. *Neurocognitive and Psychophysiological Analysis of Human Performance within Virtual Reality Environments // Medicine Meets Virtual Reality / J.D. Westwood et al. (eds.). - 2009. - P. 247-252.*

5. Rizzo A., Buckwalter J.G., Zaag van der C. *Virtual Environment Applications in Clinical neuropsychology // K. Stanney (ed.). The Virtual Environments Handbook. - N.Y., 2002.*

6. Rizzo, A., Parsons, T.D., Lange, B., Kenny, P., Buckwalter, J.G., Rothbaum, B.O., Difede, J., Frazier, J., Newman, B., Williams, J. and Reger, G. (2011b). *Virtual Reality Goes to War: A Brief Review of the Future of Military Behavioral Healthcare, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 18, 176–187.*

7. Rizzo, A., Difede, J., Rothbaum, B.O., and Reger, G. (2010a). *Virtual Iraq/Afghanistan: Development and early evaluation of a Virtual Reality Exposure Therapy System for combat's related PTSD. Annals of the New York Academy of Sciences (NYAS), 1208, 114S125.*

8. Rizzo, A. (2010b). *Virtual Iraq/Afghanistan and how it is helping some troops and vets with PTSD. Available at Veterans Today: http://www.veteranstoday.com/2010/07/29/virtualS_iraqafghanistanSandShowSitSis-ShelpingSsomeStroopsSandSvetsSwithSptsd*

9. Hoffman, H.G.; Chambers. G.T.; Meyer. W.G.; Arceneaux, L.L.; Russell, W.J.; Seibel, E.J.; Richards, T.L.; Sharar, S.R.; and Patterson, D.R. "Virtual reality as an adjunctive non-pharmacologic analgesic for acute burn pain during medical procedures.," *Annals of behavioral medicine : a publication of the society of behavioral medicine*, vol. 41, iss. 2, pp. 183-91, 2011.

10. Hoffman, H.G.; Patterson, D.R.; Carrougher, G.J.; Sharar, S. (2001). *The effectiveness of virtual reality based pain control with multiple treatments. Clinical Journal of Pain, 17, 229-235.*





ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ВОСПРИНИМАЕМОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Власова Екатерина Алексеевна, Трунова Мария Андреевна

ФГБОУ ВО РГСУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: подростковый возраст, суицидальная мотивация, копинг-стратегии, социальная поддержка.

Подростковый возраст — особый период в жизни человека, во время которого происходит переход от детства к взрослости. Данный переход обычно характеризуется кризисом в жизни подростка, влекущим за собой череду трудностей. Отсутствие жизненного опыта, эмоциональная нестабильность, социально-психологическая дезадаптация приводят подростка к тяжелым психотравмирующим ситуациям.

По данным ВОЗ самоубийства являются второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15–29 лет. Статистика показывает, что каждый двадцатый подросток совершает повторные попытки покончить с жизнью, находясь в возрасте 15-19 лет, при этом 70% подростков, совершивших суицид, не страдают никакими психическими отклонениями. Во всем мире именно подростки являются наиболее уязвимыми перед различными стрессовыми ситуациями. Мало того, что современный окружающий нас мир становится сложнее и агрессивнее, из-за таких явлений как увеличение потока информации, повышение общего ритма жизни, социально-экономическая дестабилизация, постоянные террористические акты и многое другое, так еще и переход от детства к взрослости влияет на неокрепшую психику подростка. В связи с этим наиболее особую актуальность приобретают вопросы, касающиеся особенностей поведе-



ния в затруднительных, стрессовых ситуациях, так называемые «копинг-стратегии». Почти во всех исследованиях подросткового возраста появляется слово «кризис» [1]. Этот термин проявляется в беспокойстве как у самих подростков, так и у людей, с которыми они чаще всего взаимодействуют. Именно неумение справиться с кризисами, возникающими под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, например, таких как нарушение взаимодействия личности с ее ближайшим окружением, и могут привести к необратимым последствиям.

Таким образом, значительным фактором для подросткового возраста являются способы совладания со стрессовыми ситуациями и социальная поддержка. В связи с этим, мы видим, что изучение закономерности суицидальной мотивации с различным уровнем социальной поддержки и способами поведения подростка в сложных для него ситуациях, является очень актуальным на сегодняшний день, поскольку социальная поддержка занимает лидирующее место в жизни подростка.

Для более углубленного изучения данной закономерности нами было проведено исследование на базе ГБПОУ города Москвы "Колледж малого бизнеса № 4". В исследовании приняли участие 18 подростков, 12 юношей и 6 девушек, средний возраст которых 15,8 лет.

В исследовании были использованы следующие диагностические методики как: «Суицидальная мотивация» Ю.Р. Вагина, «Копинг-тест» Р. Лазаруса и С. Фолкман (адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой) и «Опросник воспринимаемой социальной поддержки» Г. Зоммера и Т. Фюдриха (Адаптация А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Г.А. Петрова) [2;3;4;5].

В результате проведенного исследования выяснилось, что 80 % подростков, испытывают потребность в социальной поддержке, т.е. нуждаются в контактах со значимыми людьми. Причем наиболее используемые копинг-стратегии у таких подростков являются «Поиск социальной поддержки», «При-



нятие ответственности», «Планирование решения проблемы». Можно предположить, что в случае стресса такие люди будут искать помощи в значимых, поддерживающих отношениях, признавать собственную роль в проблеме с сопутствующей темой решения. Нужно отметить, что копинг-стратегия поиска социальной поддержки является одним из самых мощных способов совладания со сложной жизненной ситуацией. Значимые поддерживающие отношения, смягчают влияние стрессоров на организм, тем самым позволяя подростку адекватно справляться с затруднительными обстоятельствами.

У остальных 20% подростков, которые в меньшей степени стремились к социальной поддержке, в основном выявились такие копинг-стратегии как «Положительная переоценка», т.е. ситуации придаетея положительный смысл, вплоть до религиозного опыта, «Бегство» (мысленное и поведенческое стремление избежать проблемы, а также уход в фантазии) и «Поиск социальной поддержки». Анализируя полученные данные, мы видим, что группа этих подростков использует более пассивные формы поведения, а именно, такие подростки склонны к решению проблем и к принятию ответственности за проблемную ситуацию, они наименее удовлетворены своей социальной поддержкой.

Что касается суицидальной мотивации, то обнаружилось, что у всех испытуемых этот показатель низок. Что интересно, у 62% подростков испытывающих, потребность в социальной поддержке была выявлена Альтруистическая суицидальная тенденция. Таким образом, можно сделать вывод, что у этих молодых людей повышена не только потребность в поддерживающих отношениях, но и развито стремление самим помогать другим людям, жертвовать собой.

У тех 20% испытуемых, которые в меньшей степени стремились к социальной поддержке показатели суицидальной тенденции находятся на низком уровне и определенный аспект суицидального поведения не был обнаружен. В равной степени показатели распределились между Альтруистической, Гетеро-



пунитической (наказание других), Анестетической (невыносимость страдания) и Инструментальной (манипуляция другими людьми) суицидальными тенденциями.

Опираясь на результаты полученных данных, мы видим, что не стоит рассматривать данные группы подростков как группы риска по суицидам, так как выраженность суицидальной мотивации очень низка. Тем не менее, при определенных обстоятельствах, мы можем учитывать данные тенденции этих подростков и использовать эту информацию в профилактической деятельности.

Таким образом, мы видим, что подростковый возраст характеризуется значимостью социальной поддержки, а также отсутствием истинной суицидальной мотивации, т.к. данный возрастной период, считается кризисным, подросткам присуща альтруистическая мотивация, что категорически противоречит понятию, осознанного суицида.

Однако, следует отметить, что в связи с немногочисленной выборкой нашего исследования, данная тема подлежит большему изучению и тщательной проверке посредством расширения выборки испытуемых.

Практическая значимость исследования, заключается в том, что полученные данные позволят нам решить одну из наиболее острых и актуальных социальных задач, стоящих перед психологом, такую как профилактика суицидальных форм поведения. Также полученная информация может сыграть значительную роль в системе диагностики, консультативной и психопрофилактической работе с подростками и их родителями.

Список литературы:

1. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. *Диагностика подростковой депрессивности.* – СПб.: Питер, 2004, 202 с.

2. Вагин Ю.Р. *Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков.* Пермь, 1999. 103 с.



3. Крюкова, Т.Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WSCQ) / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк // Журнал практического психолога. 2007. No 3. С. 93-112.

4. Холмогорова А.Б., Петрова Г.А. Методы диагностики социальной поддержки при расстройствах аффективного спектра // Медицинская технология. 2007. С.21.

5. Sommer G., Fydrich T. SozialeUnterstützung. Diagnostik, Kozepte, F-SOZU // Ges.furVerhaltenstherapy. Materiale No 22 / Deutsch: Tubingen, 1989.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ В СТАРШЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Волчкова Юлия Владимировна

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия

Ключевые слова: психология, психологическая профилактика, алкогольная зависимость, подростковый возраст.

Одной из самых важных проблем современного общества является алкоголизация подростковой среды. В современном обществе молодежная девиация, которая проявляется в совершенно разных формах, приобрела черты массового явления, отличающегося устойчивыми тенденциями роста, широкого распространения на подростковую среду, усиливающегося взаимодействия форм девиации, возрастания деструктивных социальных последствий. Сама ситуация усугубляется тем, что в обществе имеет место толерантное отношение к проявлениям подобных форм поведения.

Анализ ситуации употребления алкоголя в подростковом обществе говорит о том, что проблема злоупотребления спиртными напитками молодеет с каждым годом. Сегодня, по данным статистики, спиртные напитки потребляет каждый третий школьник в средних классах и почти каждый – в старших. Исходя из медико-социальных исследований, средний возраст первых проб алкоголя мальчиками снизился до 12,5 лет; девочками – до 12,9 лет [1]. Отмечается рост доз и частоты потребления алкоголя. Выпивка служит символом объединения подростков в группы, а иногда и обязательным условием принятия любого из ее членов.



Наибольшую тревожность в данной ситуации вызывает то, что такое поведение принимается современными юношами и девушками как нормальное и становится своеобразным стереотипом, которому они стараются соответствовать, чтобы быть включенными в социальную среду.

Проблема злоупотребления алкоголем подростками имеет особую актуальность в наше время, поскольку спиртные напитки более пагубно влияют на молодой организм по сравнению со взрослыми, так как их организм еще не способен справиться с отравляющим воздействием алкоголя на органы и системы. Поэтому необходимо сократить до минимума, а в идеале – исключить полностью, потребление алкогольной продукции молодым поколением.

Основные методы психологической помощи подросткам и молодежи, злоупотребляющим алкоголем, строятся в двух плоскостях. Во-первых, это психотерапия лиц, уже имеющих зависимость. Во-вторых, это психопрофилактика возникновения раннего алкоголизма лиц, входящих в группу риска [3]. Существует масса программ первичной психопрофилактики раннего алкоголизма (и наркотизации в том числе). Однако вторичной психопрофилактике уделяется крайне мало внимания. По нашему мнению, нужно обратить пристальное внимание именно на вторичную психопрофилактику, так как большинство молодых людей уже имеет опыт употребления алкоголя, а некоторые из них злоупотребляют им. Чтобы разработать программу вторичной психопрофилактики раннего алкоголизма, необходимо, прежде всего, изучить особенности личностной сферы у юношей и девушек. В частности, это касается характерологических черт (акцентуаций) и мотивов потребления алкоголя, которые станут мишенью для профилактической работы. Программа психопрофилактики должна будет основываться непосредственно на выявленных особенностях.

В 2016 году нами было проведено исследование, которое помогло выявить мишени воздействия для профилактики раннего злоупотребления алко-



лем, а именно: характерологические особенности и мотивы употребления алкоголя в старшем подростковом возрасте.

В ходе исследования личностных особенностей и мотивов потребления алкоголя у лиц старшего подросткового возраста были получены следующие результаты:

- 1) Наиболее всего в группе подростков, злоупотребляющих алкоголем, выражен возбудимый, циклотимический, тревожный и эмотивный типы.
- 2) Наиболее выраженным мотивом употребления алкоголя в той же группе является гедонистический, субмиссивный, атактический мотивы и мотив гиперактивации поведения.

На основе полученных данных была разработана пилотажная программа профилактики злоупотребления алкоголем в старшем подростковом возрасте.

Цель программы – развитие адаптационных навыков и возможностей в старшем подростковом возрасте.

Исходя из выявленных ведущих мотивов и акцентуаций, располагающих к злоупотреблению алкоголем, были определены следующие направления работы:

1. Осознание собственных желаний и способы их анализа.
2. Работа с эмоциями и переживаниями, осознание эмоций и чувств, способы и умение их выражения.
3. Отстаивание собственной позиции, умение выражать свое мнение, умение говорить «нет».
4. Проблема выбора и принятия решения.

Пилотажная профилактическая программа рассчитывалась на 8 занятий, каждое из которых по длительности составляло около 1 часа 30 минут. Частота занятий – 1 раз в неделю.

Формат занятий – тренинговая группа.

Помещение: просторная аудитория, свободная от парт, наличие доски.



Структура занятия:

1. Шеринг. Актуализация проблемы.
2. Упражнения по теме занятия.
3. Завершающий шеринг, обратная связь.

Рабочая программа занятий имела следующий план:

Занятие 1. Знакомство.

Занятие 2. Коммуникация.

Занятие 3. Актуализация и навык работы с побуждениями.

Занятие 4. Эмоции.

Занятие 5. Конфликты.

Занятие 6. Выбор и принятие решения.

Занятие 7. Отстаивание собственной позиции.

Занятие 8. Завершение.

После завершения профилактической программы необходима была оценка эффективности проведенного воздействия. Для оценки эффективности программы были использованы следующие методики:

1. AUDIT (AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test).
2. Тест жизнестойкости. Методика С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева [2].

Оценка эффективности программы заключалась в сравнении результатов обеих методик до проведения занятий и после.

В ходе проведенного исследования нами были выявлены основные мишени психопрофилактики злоупотребления алкоголем, а также разработана и апробирована пилотажная версия программы вторичной профилактики злоупотребления алкоголем у лиц старшего подросткового возраста. Оценка эффективности проведенной программы показала, что разработанные методы воздействия значимо влияют на развитие жизнестойкости и снижение риска злоупотребления алкоголем: достоверно значимо снизился уровень теста AU-



DIT как степень риска развития алкогольной зависимости, что подтверждает эффективность профилактической программы. Также достоверно значимо повысился общий уровень показателя «жизнестойкость», что дает право считать программу эффективной.

Исходя из вышесказанного, можно сказать, что проблема подростковой алкоголизации и раннего алкоголизма требует пристального внимания со стороны родителей, воспитателей и медицинских учреждений, а также разработки и внедрения в социальную среду эффективных методов психопрофилактики раннего алкоголизма. На данный момент работа по совершенствованию разработанной программы продолжается.

Список литературы:

1. *Давыдов А.В. диссертация «Профилактика алкоголизма подростков», 2008г.*
2. *Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. — 63 с.*
3. *Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика и психотерапия нарушений психосоциальной адаптации у подростков, 2014г.*



ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТОКСИЧЕСКИМ И НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Вотякова Елена Юрьевна, Володин Борис Юрьевич
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, копинг-стратегии, защитные механизмы личности.

В последнее время увеличивается количество исследований, посвященных изучению особенностей психоэмоционального состояния пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Характерны исследования, направленные на выявление качества жизни у пациентов, оперированных по поводу зоба щитовидной железы, а также на выявление аффективных расстройств.

Подобный интерес можно объяснить увеличивающейся распространенностью заболеваний щитовидной железы во многих странах мира, в том числе и в России. Так, по последним данным прирост больных с данной патологией в Российской Федерации за 2015-2016гг. составил 103,1 % (на 100 тыс. населения соответственно 2486,7 против 2406,5).

Таким образом, опираясь на вышесказанное, мы считаем, что затронутая проблема является достаточно актуальной для современной психологической науки, так как заболевания эндокринной системы, в частности щитовидной железы, способны повлиять на психоэмоциональное состояние человека и уровень его социально-психологической адаптации.

Научная новизна данной работы заключается в изучении психологических особенностей пациентов с заболеваниями щитовидной железы, уровня их социально-психологической адаптации.



Социально-психологическая адаптация отражает процесс эффективного взаимодействия с социальной средой, поэтому можно сказать, что она связана с социализацией, в ходе которой человек осваивает модели социального поведения и его нормы. Способность личности, при условии отсутствия длительных внутренних и внешних конфликтов, эффективно выполнять свою ведущую деятельность, удовлетворять базовые потребности общества и соответствовать ролевым ожиданиям своей социальной группы, при этом имея возможность самутверждения и свободы выражения своего творческого потенциала, называется социально-психологической адаптивностью.

Социально-психологическая адаптация выступает в роли защиты для личности, ликвидируя внутреннее напряжение, которое может быть вызвано нестабильным состоянием, страхом, беспокойством индивида при его взаимодействии с социумом. Как правило, процесс адаптации запускается субъективно значимой для человека ситуацией, к которой необходимо приспособиться.

В процессе адаптации немаловажную роль играют защитные механизмы личности человека и выработанные устойчивые копинг-стратегии: с одной стороны они уменьшают психическую напряженность, но, в то же время, на более высоких уровнях способны снизить психическую адаптированность.

Для наиболее полного изучения данного феномена социально-психологической адаптации необходимо выявить не только психологические защиты личности и устойчивые копинг - стратегии, которые она актуализирует при взаимодействии со стрессовыми ситуациями и приспособлении к ним, но и их возможные патологические эквиваленты (невротизацию, тревогу, фрустрационную нетолерантность), в совокупности составляющих синдром психологической дезадаптации.

В связи с этим, целью данной дипломной работы является выявление особенностей социально-психологической адаптации у пациентов с заболеваниями щитовидной железы.



Объект исследования – социально-психологическая адаптация.

Предмет исследования – особенности социально-психологической адаптации у пациентов с заболеваниями щитовидной железы.

В связи с этим, целью данной работы является выявление особенностей социально-психологической адаптации у пациентов с токсическим и нетоксическим зобом щитовидной железы.

Объект исследования – социально-психологическая адаптация.

Предмет исследования – особенности социально-психологической адаптации у пациентов с токсическим и нетоксическим зобом щитовидной железы.

Гипотеза: имеются существенные различия между показателями социально-психологической адаптации пациентов с токсическим зобом щитовидной железы и пациентов с нетоксическим зобом.

Задачи:

1) анализ зарубежной и отечественной литературы, посвященной тематике настоящей работы;

2) изучение историй болезни пациентов с заболеваниями щитовидной железы;

3) планирование и проведение психодиагностического исследования, направленного на изучение:

- фрустрационной толерантности пациентов с заболеваниями щитовидной железы;

- уровня личностной и ситуативной тревожности;

- психологических защит личности;

- коппинг-стратегий;

- уровня невротизации.

- социально-психологической адаптации.

4) обработка и интерпретация полученных данных.



База исследования: отделение эндокринной хирургии ГБУ РО «Городской клинической больницы» №11 г. Рязани.

Выборка исследования: 60 пациенток с заболеваниями щитовидной железы:

Основная группа: 30 пациенток в возрасте от до с диагнозом «ДТЗ»

Контрольная группа: 30 пациенток в возрасте от до с диагнозами «УЗ» и «МУЗ» нетоксического характера

Используемые методики:

- 1) Методика диагностики социально-психологической адаптации Роджера – Даймонд в адаптации Осницкого;
- 2) Экспресс-диагностика фрустрационной толерантности Бойко;
- 3) Опросник механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» Плутчика – Келлермана в адаптации Е.С.Романова и Л.Р.Гребенникова;
- 4) Методика «Индикатор копинг-стратегий» Амирхана;
- 5) Шкала уровня невротизации Вассермана;
- 6) Шкала тревоги Спилбергера-Ханина.

Практической ценностью является то, что на основе проведенного психодиагностического исследования будет составлена коррекционная программа, которая способна будет помочь стабилизировать психоэмоциональное состояние пациентов после операции, повысить уровень их социально-психологической адаптации, что в целом может способствовать сокращению периода реабилитации.

Список литературы:

1. Дубский С.В., Куприянова И.Е., Чойнзонов Е.Л., Балацкая Л.Н. Психологическая реабилитация и оценка качества жизни больных раком щитовидной железы // Сибирский онкологический журнал. - 2008. - №4. - С. 19-21.



2. Исмаилов С. И., Камилджанова Б. Р. Особенности качества жизни у больных, оперированных по поводу узлового и многоузлового зоба // Молодой ученый. — 2015. — №19. — С. 270-274.

3. Меньков А.В. Качество жизни пациентов после хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы // Медицинский альманах. — 2012. - №4. — С.117-120.

4. Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2016 году: Статистические материалы. - Часть IV. — Москва, 2017. — 160с.

5. Delitala A.P., Terracciano A., Fiorillo E., (...), Schlessinger, D., Cucca, F. Depressive symptoms, thyroid hormone and autoimmunity in a population-based cohort from Sardinia. *Journal of Affective Disorders*, 2016, no.12, pp. 54-57 (in Sardinia).

6. Krishna V.N., Thunga R., Unnikrishnan B. and others. Association between bipolar affective disorder and thyroid dysfunction. *Asian Journal of Psychiatry*, 2013, no.6 (1), pp. 42-45 (in Indian) DOI: 10.1016/j.ajp.2012.08.003.



ОБРАЗ «Я» У ЮНОШЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПЕРЕЖИВАНИЯ ОДИНОЧЕСТВА

Гаврикова Мария Олеговна, Есманская Наталья Евгеньевна

ФГБОУ ВПО ВГУ, г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: Образ «Я», «Я-концепция», самосознание, соотношение понятий, самооценка, уровень притязаний, одиночество.

Впервые проблема особенностей образа «Я» исследовалась психологами и социологами с XIX-XX веков. В исследованиях данной тематики часто встречаются понятия «Я-образ», «самопознание», «Я-концепция». Данные термины в научных работах часто отождествляются и взаимозаменяются. Но, не смотря на внешнюю схожесть данные понятия абсолютно разные, и их отождествление считается ошибкой. Первые исследователи «Я-образа» чаще всего употребляли в своей работе термин «Я». Понятия «Я-концепция», «идея Я», «самосознание» появились в научных исследованиях намного позднее [4].

С.Л. Рубинштейн в своих работах подчеркивал, что личность в ее реальном существовании и самосознании является тем, что человек называет собственным «Я». Собственное «Я» должно подразумевать под собой личность в единстве всех сторон жизни, отраженную в образе «Я» [4].

В психологии при изучении образа «Я» использовали термин «самосознание». С.Л. Рубинштейн писал, что психологическое исследование особенностей личности считается неполным без раскрытия вопроса о самосознании личности. Самосознание в качестве субъекта сознательно присваивает себе все, чем занимается человек, все его дела, поступки и принятие ответственности за них. В этом автор повторяет точку зрения У. Джеймса, который впервые выделил присвоение главным механизмом становления образа «Я» [1].



М.И. Боришевский образ «Я» представлял, как продукт самосознания. В структуре «Я» автор выделял три компонента, центральным из которых являлась самооценка. Самооценка – это способность личности оценивать свою личность, деятельность, качества относительно других людей. На основе самооценки уже формируется такой компонент как уровень притязаний, который в свою очередь может изменять уровень самооценки. Притязания представляют собой степень сложности цели, которую ставит перед собой человек. Степень сложности цели напрямую зависит от самооценки, уверенности в собственных силах. Образ «Я» является результатом апробации человеком своей самооценки, притязаний и социальных предпочтений в процессе жизнедеятельности [4].

Структура образа «Я» может отличаться у людей с разными проблемами развития личности, в том числе с проблемой одиночества. Под одиночеством можно понимать психическое состояние человека, отражающее переживание своей отдельности, субъективной невозможности и нежелания чувствовать адекватный отклик, принятие и признание себя другими людьми и собой [2].

Неадекватная самооценка и уровень притязаний можно рассматривать как причину одиночества, так же как и возникшее одиночество может повлиять на самооценку и уровень притязаний. Р. Бернс в своих работах отмечает, что при адекватном уровне самооценки, который формируется в семьях, уважающих и признающих личность своих членов, одиночество правильнее будет рассматривать как уединение, положительный опыт, который приводит к оптимальному развитию личности, попытке разобраться в себе. Неадекватная самооценка (завышенная или заниженная) ведет к нарушению самосознания, и, впоследствии, к негативному переживанию одиночества. Высокий уровень самооценки порождает конфликт между высокими притязаниями и неуверенностью в себе, как следствие – страдают взаимоотношения с окружающими людьми [3].

Таким образом, в результате теоретического исследования было определено соотношение понятий образ «Я» и «Я-концепция». Понятие образ «Я» на-



много уже, означает конкретный параметры личности (самооценка, уровень притязаний, социальных ожиданий). В понятие «Я-концепция» входит множество образов «Я» (реальное Я, идеальное Я, зеркальное Я) [4].

В результате теоретического исследования соотношения компонентов образа «Я» у юношей с разным уровнем переживания одиночества были определены следующие выводы: у юношей с разным уровнем переживания одиночества компоненты образа «Я» отличаются, а именно:

Для юношей с высоким уровнем переживания одиночества характерны низкая самооценка и уровень притязаний;

Для юношей со средним уровнем переживания одиночества характерны средний уровень самооценки и уровень притязаний;

Для юношей с низким уровнем переживания одиночества характерны высокий уровень самооценки и притязаний [5].

Список литературы:

1. Джеймс У. *Личность* / У. Джеймс // *Психология самосознания. Хрестоматия*. – Самара.: изд-во «Прайм Еврознак», 2007. – 128 с.
2. Лебедев В.И. *Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции: Учебное пособие для вузов* / В.И. Лебедев. - М.: 2002. – 408 с.;
3. Пепло Л., Мицели М., Мораиш Б. *Одиночество и самооценка* / Л. Пепло, М. Мицели, Б. Мораиш // *Лабиринты одиночества*. - Москва.: «Прогресс», 1989. – С. 169 – 192;
4. Рубинштейн С.Л. *Бытие и сознание. Человек и мир* / С.Л. Рубинштейн. - СПб.: изд-во «Питер», 2012. – 288 с.
5. Слободчиков И. М. *Современные исследования переживания одиночества* / И. М. Слободчиков // *Психологическая наука и образование*. 2007 - № 3. – С. 27–34



**ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ
ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ПРОГРАММНОГО ПРОДУКТА МАСТЕР КИТ,
КАК ПРИМЕРА АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ТРЕНАЖЕРА ДЛЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ**

*Граница Александр Станиславович, Казанцев Александр Юрьевич
Казанский (Приволжский) федеральный университет, РКПБ им. акад.
В.М. Бехтерева МЗ РТ, г. Казань, Россия*

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Ключевые слова: автоматизированный, вариабельность сердечного ритма, программный продукт, психологические особенности, саморегуляция, электроэнцефалография.

В последние годы наблюдается значительный рост разработок компьютерных технологий в сфере создания робота-психолога. Недавние исследования показывают, что уровень развития таких технологий позволяет проводить рандомизированные контролируемые исследования в сфере их применимости, в том числе при психических расстройствах [5]. В нашем исследовании мы изучали воздействие одного из самых распространенных в русскоязычном пространстве программного продукта Мастер КИТ, который стал примером автоматизированной кибернетической системы в сфере психологического воздействия и саморегуляции пользователей.

Описание процедуры прохождения курса методики «Мастер КИТ».

Мастер Кит включает в себя три раздела, главным из которых является раздел «Тренажер». Тренажер это программное обеспечение, которое помогает клиен-



ту при работе с его запросами. Как работает тренажер: клиент вписывает в него свою проблему или цель, а «тренажер» воспроизводит текст, который генерируется специальной программой исходя из потребностей клиента. Особенность методики «Мастер КИТ» состоит в том, что непосредственного взаимодействия клиент-терапевт не происходит. С этой точки зрения «Мастер КИТ» выходит за рамки классического понимания психотерапии и позволяет рассматривать методику, как вариант саморегулятивной практики с элементами психотерапии.

Материалы и методы исследования. На данном этапе исследования были сформированы две группы испытуемых: 1) Испытуемые, которые уже прошли долгосрочный курс (свыше одного года) по методике «Мастер КИТ» (опытные пользователи). 2) Испытуемые, не использовавшие ранее методику (контрольная группа). Были отобраны 96 испытуемых без выраженных клинически психических расстройств и не состоящих на учете у врача-психиатра. Группы представлены: 46 опытных пользователей (41 женщина и 5 мужчин), контрольная группа – 55 человек (16 мужчин и 39 женщин), средний возраст 34 и 33 года соответственно.

Перечень использованных методик. Мы использовали экспериментально-психологические методики, электроэнцефалографию, спектральный анализ variability сердечного ритма. Экспериментально-психологическое методики: диагностика иррациональных установок (А.Эллис), шкала "Доверие интуиции" из опросника С. Эпстайна "Рациональный-Опытный" в адаптации Т.В. Корниловой, С.А. Корнилова, тест антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича, шкала депрессии А. Бека, тест уровня тревожности Спилбергера, тест уровня невротизации Яхина-Менделевича, опросник «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Г. Келлермана и Г. Конте (адаптированная версия У. Б. Клубовой, 1991), тест на акцентуации характера Леонгарда. Всего в рамках экспериментально-психологического тестирования были получены данные по 45 шкалам. Статистический анализ проводился с использованием компьютер-



ных программ Statistica 10.0 и Microsoft Excel 2007. Использовались коэффициент Шапиро-Уилка, критерий Манна-Уитни и t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Большинство средних значений изучаемых находилось в пределах среднего уровня выраженности. В ходе исследования, между выборками опытных пользователей и контрольной группы были обнаружены достоверные различия ($p < 0,05$) по ряду шкал. Так у контрольной группы более выражены уровни невротизации по шкалам: тревога, астения и истерического реагирования, в сравнении с опытными пользователями методики «Мастер КИТ». Вероятно, длительное использование методики «Мастер КИТ» позволяет уменьшить уровень внутриличностных конфликтов [1,3] и способствует субъективному решению проблем, что приводит к снижению состояния дистресса у группы пользователей, в сравнении с испытуемыми, не использующими методику. По шкалам использование интуиции и интуитивных способностей у опытных пользователей «Мастер КИТ» наблюдаются более высокие значения ($p < 0,05$), чем у контрольной группы. Использование интуиции – это предпочтительный способ мыслительного стиля, характеризующийся в большем доверии к интуитивным решениям и осознании их. Интуитивная способность отражает выраженность способностей к применению интуитивных мыслительных схем. Сравнительная разница между пользователями методики и контрольной группы по данным шкалам позволяет предположить, что методика «Мастер КИТ» способствует интеграции неосознаваемых, имплицитных мыслительных схем в общую структуру личности пользователей.[4] Так же у опытных пользователей сравнительно выше уровень установок долженствования в отношении себя и других. [2] Это можно объяснить тем, что в парадигме методики постановка целей (желаний) и деятельность, направленная на их достижение, является определяющей. Таким образом, результаты исследования подтверждают, что при использовании методики и снижения степени влияния ограничительных мыслительных схем происходит повышение требований к себе



и окружающей социальной среде, что позволяет изменить уровень целей. В то же время степень выраженности установки не выходит за рамки средних значений и не приводит к увеличению вероятности возникновения и развития стресса.

Анализ показателей variability сердечного ритма позволил установить, что различия между некоторыми показателями, характеризующими ВРС, отмечаются и в состоянии покоя (до начала работы с тренажером «Мастер КИТ»). Этот факт позволяет сделать вывод о том, что применение методики приводит к долговременному изменению регуляторных механизмов физиологических процессов и функций. У опытных пользователей отмечается снижение средней продолжительности интервала R-R (RRNN), что свидетельствует о снижении уровня вегетативной регуляции работы сердца, а именно парасимпатической регуляции (снижение RMSSD). О преобладании тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы свидетельствует также повышение частоты сердечных сокращений, вегетативного показателя ритма и снижение спектральной мощности высокочастотных компонентов (HF). Следовательно, длительное применение «Мастер КИТ» вызывает изменения вегетативной регуляции деятельности сердца, что может быть связано с более высоким уровнем шкалы «Экзальтированность» в психологических тестах и преобладанием среди этой группы **экзальтированного типа акцентуации**. Для изучения механизма повышения активности симпатической нервной системы при длительном применении «Мастер КИТ» необходимо провести дополнительные исследования, позволяющие дать вегетативную характеристику конкретной эмоции (тревоги и состояния экзальтированности).

Выводы. Изучаемые группы были сравнительно однородными, что демонстрирует преобладание нормального распределения среди большинства шкал. Опытные пользователи имеют ряд отличий от контрольной группы: у них



преобладает интуитивный стиль, более высокий уровень установки долженствования, более выражены черты экзальтированного типа акцентуации; снижается индекс бета₁ ритм электрической активности нейронов коры больших полушарий головного мозга; отмечается повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Важно отметить, что несмотря на то, что уровень шкал теста Яхина-Менделевича у контрольной группы в сравнении с опытными пользователями наблюдались более высокие значения по шкалам «тревога», «астения» и «истерическое реагирование». В целом полученные результаты показывают, что методика «Мастер КИТ» оказывает существенное влияние на психологические особенности пользователей, но в то же время длительное применение «Мастер КИТ» не оказывает отрицательного влияния на организм человека. Изучение механизмов влияния методики «Мастер КИТ» требует дальнейшего исследования. Так же возможно рассмотрение вопроса исследования применимости методики для испытуемых с пограничными психическими состояниями.

Список литературы:

- 1) *Абитов И.Р., Менделевич В.Д.. Особенности совладания со стрессом в норме и при психосоматических и невротических расстройствах [Электронный ресурс] /И.Р. Абитов, В.Д. Менделевич// Режим доступа: URL:://elibrary.ru/download/17887856.pdf (дата обращения: 13.11.2016)*
- 2) *Захарова М. Л. Исследование дисфункциональных отношений у больных неврозами и их динамики в процессе психотерапии: Автореф. дисс. . канд. мед. наук. СПб, 2001. — 24 с.*
- 3) *Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза / В.Д. Менделевич. – Казань: Медицина, 2011. -288 с.*
- 4) *Gian Marco Duma. Driving with Intuition: A Preregistered Study about the EEG Anticipation of Simulated Random Car Accidents [Электронный ресурс]/*



Gian Marco Duma, Giovanni Mento, Tommaso Manari, Massimiliano Martinelli, Patrizio Tressoldi // January 19, 2017 Режим доступа: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170370>(дата обращения: 29.10.2017 г.)

5) *Kien HoaLy. Delivering Cognitive Behavior Therapy to Young Adults With Symptoms of Depression and Anxiety Using a Fully Automated Conversational Agent (Woebot): A Randomized Controlled Trial [Электронный ресурс] / Kien HoaLy, Ann-Marie Ly, Gerhard Andersson.//JMIR Ment Health. 2017 Apr-Jun; 4(2): e19. Режим доступа: (дата обращения: 29.10.2017 г.)*



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗНЫХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОЗИЦИЙ: ВРАЧА, ПСИХОЛОГА, ПРАВОСЛАВНОГО СВЯЩЕННИКА

Гребень Наталия Федоровна

БГПУ им. М. Танка, г. Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: психологический портрет, больной артериальной гипертензией, профессиональная позиция, врач, психолог, православный священник.

Артериальная гипертензия на протяжении многих лет представляет собой одно из наиболее распространенных заболеваний человека, с которым не удается совладать, несмотря на современные достижения медицины. На значение психологических факторов в этиологии и патогенезе артериальной гипертензии указывалось уже давно в исследованиях различных ученых. Тем не менее, наработанные знания, касающиеся психологических особенностей больных артериальной гипертензией, по-прежнему остаются слабо систематизированными, что во многом связано как с обилием материалов по данной проблеме, так и с различными методологическими основаниями и профессиональными позициями при постановке исследований.

В данной работе мы намерены изучить, что выступает предметом исследования ученого при исследовании личности больного артериальной гипертензией, в связи с его профессиональной позицией.

Большинство исследований психологических особенностей больных артериальной гипертензией на сегодняшний день реализовано врачами. Во многом это обусловлено их преимуществом в плане доступности к объекту исследования, что специфично для постсоветского пространства, где ставка психоло-



га в соматической клинике еще не стала общепринятой нормой. Реализуя исследования по данному вопросу, врачи используют различные методы сбора и обработки информации, что позволило получить достаточно разностороннюю информацию о психологических особенностях больных артериальной гипертензией.

Первые описания больных артериальной гипертензией базировались на основании методов наблюдения и опроса, несколько позже были задействованы психологические тесты и эксперимент.

Так, на основании экспериментов как с животными, так и с людьми было показано, что при страхе, гневе и озлобленности повышается давление и что хроническое эмоциональное перенапряжение может приводить к стойкой гипертонии [7].

Настоящее время характеризуется тем, что врачи широко используют психологические тесты для изучения больного артериальной гипертензий. Однако специфика их подхода заключается в том, что медики делают акцент не столько на личностных особенностях больных, сколько на психических нарушениях, сопутствующих течению гипертонической болезни. Так в медицинской литературе широко представлено, что в структуре психических нарушений гипертонических больных ведущее место занимают ипохондрический, тревожный, истерический и кардиофобический синдромы, тогда как другие синдромы (депрессивный, гипер- и гипостенический, психоорганический) отмечаются значительно реже [8, 9].

Особой популярностью среди врачей пользуется тест ММРІ (СМИЛ). Большинство исследований с применением этой методики выявили у больных повышение по сравнению со здоровыми уровня шкал ипохондрии, истерии, психастении. Часто обнаруживались повышения, кроме указанных, уровня шкал депрессии и тревожности [8, 10]. В исследовании Е.П. Кошурниковой ведущими шкалами психологического профиля были шкала ипохондрии, от-



ражающая соматизацию тревоги, и шкала гипомании, отражающая, напротив, отрицание тревоги и встречающаяся у людей с повышенной активностью, высоким честолюбием и самооценкой [6].

Еще одним направлением исследований психологических особенностей больных артериальной гипертензией в рамках медицинского подхода является изучение «внутренней картины» болезни. Отмечено, что у гипертонических больных согласившиеся на реабилитационное лечение чаще встречается гармонический тип восприятия гипертонической болезни. В то время как у больных отказавшихся от реабилитации наиболее характерными оказались тревожный, неврастенический, ипохондрический и анозогнозический типы отношения к болезни. Другие варианты отношения к болезни артериальной гипертензии (обсессивно-фобический, эйфорический, паранойяльный) отмечались у обследованных больных гипертонической болезнью значительно реже [цит. по 8].

В последнее время внимание врачей направлено на изучение качества жизни гипертонических больных и их психологического статуса в связи с назначенным видом преимущественно медикаментозной терапии (Е.В. Колпакова) [5], локуса контроля (Е.Б. Фанталова) [10].

Применение процедуры факторного анализа позволило выйти на еще один уровень исследований больных артериальной гипертензией – это выделение группы больных артериальной гипертензией, которые неоднородны по поведенческим реакциям в ситуации эмоциональной напряженности.

При исследовании больных артериальной гипертензией в поле зрения психолога оказывается личность больного, а основным методом исследования тесты. В качестве вспомогательных выступают беседа, наблюдение, психоанализ. Причем личность больного изучается преимущественно в двух направлениях. Первое, из них предполагает выявление преморбидных особенностей личности гипертонического больного, которые рассматриваются как психологические причины заболевания. Второе направление, ориентировано собственно на выяв-



ление особенностей личности больного артериальной гипертензией, где задача понять психологических механизм заболевания, не является первостепенной. В данном случае важнее понять психологические новообразования, которые приносит болезнь, с целью обеспечения более эффективного лечения больного и взаимодействия с ним. Примечательно, что при анализе исследований больных артериальной гипертензией можно наблюдать, что многие авторы пытаются решать эти задачи одновременно.

По данным Ф. Александера, центральным пунктом психодинамики пациента с эссенциальной гипертонией является постоянная борьба с нарастающим враждебно-агрессивным чувством. В то же время существуют трудности самоутверждения. Пациенты боятся потерять благосклонность других людей и поэтому контролируют проявления своей враждебности. В детстве они обычно склонны к приступам ярости и агрессии. Бывший прежде агрессивным ребенком, взрослый человек становится подчеркнуто уступчивым, и часто не может за себя постоять [2].

Ф. Данбар, автор теории личностных профилей, которая базировалась на комплексных психологических исследованиях соматических больных разной нозологии, установила, что для гипертонического типа личности свойственны повышенная гневливость, чувство вины за собственные враждебные импульсы, выраженная потребность в одобрении со стороны окружающих, особенно – авторитетных или руководящих лиц [цит. по 7].

Е.К. Агеенкова считает, что больные с артериальной гипертензией относятся к категории долго помнящих и длительно переживающих людей. Это состояние, по аналогии с известным выражением «мыслительная жвачка», можно назвать «эмоциональной жвачкой». Гипертоники после любых событий, даже незначительных стрессовых ситуаций, мысленно проигрывают их заново, причем даже с большей эмоциональностью, чем первоначально. Причем, они имеют эффект «испорченной пластинки»: «об одном и том же..., об одном и том



же...». Эти эмоциональные представления отражают индивидуальные личностные особенности и сопровождаются раздражительностью, мнительностью, страхом, самоосуждением либо гневливостью [1].

Изучив особенности представлений о себе у больных артериальной гипертонией, мы выявили, что большинство больных воспринимают себя позитивно как людей альтруистичных и дружелюбных, ориентированных на мирное сосуществование с другими людьми, часто жертвующих своими личными интересами. В идеальном образе себя они хотели бы остаться такими, но при этом несколько укрепив свою доминантно-лидерскую позицию. В этом прослеживается внутриличностный конфликт гипертонического больного, заключающийся в желании доминировать и быть уважаемыми, но в реальности они вынуждены подчиняться другим людям и отчасти зависеть от них [3].

В последнее время набирает популярность рассмотрение психических и соматических заболеваний с позиции православного христианства (Д.А. Авдеев, К.В. Зорин, Иеромонах Анатолий (Берестов) и др.), представители которого сконцентрированы на выявлении истоков болезней и путей ее излечения. Основными методами исследования выступают наблюдение, беседа. Причем в рамках данного подхода возможности излечения напрямую связаны с пониманием причины болезни, ее истока, в качестве которого выступает грех. В случае больного артериальной гипертонией – это, прежде всего, такой смертный грех как гнев. К.В. Зорин приводит, что к развитию артериальной гипертонии склонны гневливые и властолюбивые люди, если они в силу объективных причин не выражают в полной мере своей страсти. Не находящие выхода агрессивные черты (сдерживаемый гнев, подавленная враждебность, злопамятность, затаянная и непрощенная обида) способствуют скачкам артериального давления. Также считается, что причинами гипертонической болезни могут выступать и такие греховные страсти как гордыня и тщеславие, которые наделяют нашего



больного такими следующими чертами характера: властолюбие, честолюбие, завышенная самооценка, зависть, лицемерие [4].

Таким образом, анализ результатов исследований психологических особенностей больных артериальной гипертензией, выполненных с разных профессиональных позиций позволяет обнаружить наиболее характерные черты больных данной нозологической группы. Гипертоники описываются как люди трудолюбивые, общительные, готовые прийти на помощь, требующие признания и уважения со стороны окружающих, гневливые и в тоже время хронически подавляющие свою агрессивность.

Список литературы:

1. Агеенкова Е.К. Психологические факторы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний / Е.К. Агеенкова // *Психотер. и клин. психол.*– 2002.– №3.– С. 19–23.

2. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер; Пер. с англ.. – М.: Геррус, 2003.– 350с.

3. Гребень Н. Ф. Специфика представлений о себе у больных артериальной гипертензией / Н. Ф. Гребень // *Ананьевские чтения–2016: Психология: вчера, сегодня, завтра : материалы междунар. науч. конф., Санкт-Петербург, 25–29 окт. 2016 г. : в 2 т. / С.-Петерб. гос. ун-т; отв. ред. А. В. Шаболтас [и др.]. – СПб., 2016. – Т. 1. – С. 71–72.*

4. Зорин К.В. *Встань и ходи: Шаги к выздоровлению* / К.В. Зорин. – 2-е изд. – М.: Русский Хронограф¹⁹⁹¹, 2003. – 352 с.

5. Колпакова Е.В. *Влияние терапии мозксиприлом, ацебутолом и валсартаном на суточный профиль артериального давления и качество жизни больных гипертонической болезнью : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05* / Е.В. Колпакова, Моск. мед.универ. – М., 1999. – 23 с.



6. Кошурникова Е.П. Прогностическая значимость нейроциркуляторных и психосоматических нарушений у больных артериальной гипертензией в сочетании с ревматоидным артритом : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Е. П. Кошурникова; Перм. гос. мед. акад. – Пермь, 2007. – 24 с.

7. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справ. / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо; СПб.: Сова, 2003. – 926 с.

8. Рожанец Р.В. Психологические характеристики, связанные с различными уровнями артериального давления / Р.В. Рожанец. – М.: Медицина, 1987. – 360 с.

9. Соколов Е.И. Психологические и гемодинамические особенности больных артериальной гипертензией при эмоциональном стрессе / Е.И. Соколов, О.Д. Остроумова, Е. И. Первичко, Т.Ф. Гусева, З.М. Барышникова // Артериальная гипертензия. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 29-33.

10. Фанталова Е.Б. Особенности мотивационно-личностной сферы у больных артериальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Е.Б. Фанталова; МГУ им. М.В. Ломоносова. Фак. психологии. – М., 1989. – 18 с.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ

Грушина Анна Вячеславовна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: повышенная стираемость зубов, психологические детерминанты, психология и стоматология.

В последнее время увеличилось количество пациентов, страдающих повышенной стираемостью зубов, физиологическими причинами которой являются бруксизм, перенагрузка вследствие утраты зубов, аномалии прикуса, профессиональные вредные воздействия. Повышенная стираемость зубов является клинически важной проблемой, но анализ недавних публикаций показывает, что психологические факторы почти не изучены. Так, исследователями была продемонстрирована связь повышенной стираемости зубов и некоторыми личностными характеристиками [3,4]. В первую очередь это касается высокой степени подверженности тревоге и стрессу, которые представляют собой главные факторы риска в развитии повышенной стираемости зубов. Данная тема не раскрыта и поэтому нуждается в дальнейшей разработке.

Стирание тканей зубов - это естественный процесс, который в норме происходит у всех людей, направлен он на сохранение морфологической целостности и функциональных возможностей пародонта. Но стирание зубов может быть также и патологическим процессом. Согласно Всемирной организации здравоохранения такая патология определяется как «повышенная стираемость зубов» (ВОЗ, 2012). Повышенная стираемость зубов характеризуется скоростью и степенью стирания, которые не соответствуют возрасту пациента.



Повышенная стираемость твердых тканей зубов является довольно распространенным заболеванием: по данным М.Г. Бушана (1979) она наблюдается у $11,8 \pm 0,6\%$ лиц в возрасте от 20 до 60 лет, по наблюдениям В.И. Кобелевой (1981) у 18% и С.Б. Садыкова (1984) у 12,7% лиц этого же возраста. С возрастом отмечается увеличение стираемости зубов. Зарубежные исследователи отмечают нарастание распространенности и «омоложение» этого заболевания. В Швеции частота встречаемости этого заболевания составляет 29,9% среди лиц до 30 лет и 42,6% среди лиц 30-50 лет, в Великобритании - 30%, в Соединенных Штатах Америки - 25% [1,2].

Авторы, придерживающиеся психологической концепции возникновения, повышенной стираемости зубов, считают, что психологические, эмоциональные факторы играют важную, а иногда и ключевую роль в возникновении данного заболевания. Согласно психологической теории повышенная стираемость является отражением эмоционального неблагополучия, стрессов, перегрузок, частых аффективных состояний, перенапряжения, вызывающих непроизвольные мышечные сокращения [3]. Врачи-стоматологи часто сталкиваются с пациентами с психологическими проблемами, которые лежат в основе их стоматологических проблем. Это является неотъемлемой частью лечения. Какие психологические трудности существуют в дополнение к страху и тревоге перед посещением врача-стоматолога? На этот вопрос пытались ответить некоторые ученые. Так, Г. Леунг указывал на такие факторы как стресс, тревожность, депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство. Изучению психологических детерминант повышенной стираемости зубов посвящено ограниченное число работ. Некоторые исследователи указывают на связь между повышенной стираемостью и некоторыми личностными характеристиками. В первую очередь это касается высокой степени подверженности тревоге и стрессу, которые представляют собой главные факторы риска в развитии повышенной стираемо-



сти зубов. Другие авторы включают в психологические факторы стираемости тревогу, стресс и особенности личности[4].

Цель исследования – изучить психологические детерминанты, влияющие на возникновение повышенной стираемости зубов; дать рекомендации по уменьшению выраженности или устранению психологических причин повышенной стираемости зубов.

Объектом исследования являются личностные особенности пациентов с повышенной стираемостью зубов.

Предмет исследования – психологические детерминанты повышенной стираемости зубов.

Гипотезой исследования выступает предположение о том, что психологические детерминанты (стресс, депрессия, повышенная агрессивность) влияют на возникновение повышенной стираемости зубов.

Эмпирической базой исследования является стоматологическая поликлиника ФГБОУ ВО РязГМУ г. Рязани. В исследовании приняли участие 60 человек: 30 человек с повышенной стираемостью зубов (из которых 12 женщин в возрасте 25-59 лет; 18 мужчин в возрасте 25-50 лет), 30 человек условно здоровых, без стоматологических заболеваний (среди которых 11 женщин в возрасте 23-65 лет; 19 мужчин в возрасте 26-50 лет).

Для проверки гипотезы использовался комплекс методов:

- теоретический анализ литературы;
- эмпирические методы (психодиагностические, анализ документации);
- методы математической статистики.

Методики изучения:

- 1) Шкала депрессии Бека.
- 2) Шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.



- 3) Эмоциональная нестабильность и неуравновешенность Айзенка (EPI).
- 4) Опросник агрессивности Басса-Дарки.
- 5) Характерологический опросник Леонгарда-Шмишека.
- 6) Беседа, в которую входит 10 вопросов (например, «Характерны ли для Вас раздражительные реакции? Если да – по какому поводу и как часто?», «Склонны ли вы к самообвинению, возложению на себя ответственности за все происходящее?»).

В настоящее время экспериментальный материал обрабатывается.

Список литературы:

1. Бушан, М. Г. Патологическая стираемость зубов и ее осложнения / М. Г. Бушан.– Кишинев, Штиинца, 1979.–183 с.
2. Мандра, Юлия Владимировна. Повышенная стираемость зубов: ранние клинические проявления, морфоструктурные изменения, лечебно-профилактические методы коррекции : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.01.14 / Мандра Юлия Владимировна; [Место защиты: ГОУВПО "Уральская государственная медицинская академия"].- Екатеринбург, 2011.- 311 с.: ил.
3. Орестова, Е. В. Психологические факторы возникновения и развития стоматологических заболеваний / Е. В. Орестова// *Cathedra*. – 2015. – №52. – С. 74-78
4. Bennett T. Amaechi. *Dental Erosion and Its Clinical Management*. – Switzerland: Springer International Publishing, 2015, 320 p.



«НАГУГЛИТЬ» БОЛЕЗНЬ ИЛИ КИБЕРХОНДРИЯ – БИЧ XXI ВЕКА

Данилкина Виктория Сергеевна, Апушкина Анастасия Юрьевна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: киберхондрия, эмоциональное расстройство, психосоциальная дезадаптация, риск для здоровья.

«Люди боятся заболеть
и потому заболевают.

А заболев, своими страхами
усугубляют положение».

Детлев Нутцингер

Компьютеры и информационные системы проникли во все сферы жизни общества, в связи с чем наблюдается значительный рост актуальности социально-психологических исследований общения, опосредованного компьютерными технологиями и непосредственно зависимо от них. Современными учеными в рамках этой темы рассматриваются вопросы по проблеме компенсаторного и замещающего влияния Интернета: с чем связано конструирование виртуальных личностей в сети, порой полностью отличных от реальных людей? что такое интернет-зависимость и какие меры по борьбе с ней возможны и уже применяются в современном обществе? [1] Безусловно, каждый человек постоянно прибегает к помощи Интернета, чтобы найти нужную информацию, но так ли безопасна информация в Интернете и можно ли ей слепо доверять, особенно когда это касается собственного здоровья? Возможно ли «науглитель» болезнь в 21 веке? Что такое киберхондрия и что необходимо знать о ней врачам?

Симптомы киберхондрии



Киберхондрия — эмоциональное расстройство, которое проявляется навязчивым поиском в интернете медицинской информации о реальных или мнимых симптомах. Термин произошел путем соединения префикса «кибер» со словом «ипохондрия». Первый используется для обозначения явлений, связанных с интернетом. Второе обозначает эмоциональное расстройство, которое выражается страхом человека заболеть неизлечимой болезнью и навязчивой озабоченностью состоянием здоровья.[6]

Выраженную киберхондрию можно считать вариантом течения ипохондрического расстройства, а также одним из симптомов депрессии или генерализованного тревожного расстройства. В отличие от ипохондрии, в Международной классификации болезней (МКБ-10) такого заболевания как киберхондрия нет.

Человек, страдающий киберхондрией, может обнаружить у себя следующие симптомы:

- Тревога о здоровье сохраняется постоянно и длительно. Она навязчива, поэтому сложно отвлечься, сосредоточиться на работе или любимом фильме. Иногда тревога настолько усиливается, что превращается в панику.
- Трата огромного количества времени на изучение медицинской информации в интернете на специализированных медицинских сайтах.
- В списке болезней, которые вызывают тот или иной симптом, обычно выбираются самые тяжелые и самые редкие заболевания. Киберхондрик объясняет головную боль опухолью мозга, а остаточный кашель после ОРВИ раком легких.
- Знание заболеваний, о существовании которых окружающие вас люди без медицинского образования не подозревают.
- Прохождение онлайн-диагностики на медицинских сайтах.



- Недоверие к врачам. Теперь «нет смысла обращаться к этим неучам», так как они не видят явных симптомов.[2]

Чем опасна киберхондрия

1) Психосоциальная дезадаптация. Невротические расстройства в общем и киберхондрия в частности снижают качество жизни человека. Из-за постоянной тревоги меняются приоритеты и поведение. Интересный факт, что ежегодно генерализованное тревожное расстройство диагностируют у 6,8 млн американцев. Это около 2 % населения США. В других странах масштаб проблемы приблизительно такой же.[3]

Эмоциональные нарушения мешают работать, ухудшают отношения с друзьями и близкими, лишают человека радости и умения наслаждаться. Жизнь уменьшается до размеров маленького окошка, через которое человек видит только мнимые болезни и медицинские сайты.

2) Риск для физического здоровья. Серфинг в интернете вместо обращения к врачу может привести к неверной оценке реальных симптомов. Самостоятельное лечение придуманной болезни может привести к тяжелым последствиям.

Почему мы ищем симптомы в интернете

Страх смерти и желание контролировать происходящее не позволяют терять ни минуты, чтобы узнать, что с нами происходит. Добавим к этому боязнь медицинских процедур, мнительность, склонность к преувеличению, чрезмерную заботу о здоровье и недоверие к результатам обследований, и получим идеальную причину ставить себе сомнительные диагнозы по Интернету. Консультации и анализы стоят денег, и некоторые люди пытаются сэкономить на лечении. Но так можно запустить болезнь и увеличить срок и цену выздоровления.

Исследования компании Microsoft



Несколько лет назад исследователи из компании Microsoft сообщили о результатах масштабного анализа на тему киберхондрии. В исследовании приняли участие более пятисот человек, около сорока процентов из которых испытывали усиление опасений по поводу своего здоровья после серфинга в интернете. Как доказали ученые, возможность в течение короткого промежутка времени ознакомиться с большим объемом медицинской информации, приводит к развитию различных фобий у особо чувствительных людей.

Исследователи компании Microsoft пришли к выводу, что большинство людей не обращает внимание на источники информации, а сосредотачивается на самой информации, которая может быть совершенно неправильной или неверно истолкованной. Дезинформированность пациента создает серьезную напряженность в его отношениях с врачом. Таким образом, все больше и больше пациентов принимают активное участие в лечении или даже отрицают его, считая изученные статьи в интернете надежным источником.[4]

Проблема современных отношений «врач-пациент»

Традиционно успешный тандем «врач – пациент» всегда базировался на том, что врач – это главный и единственный источник информации для пациента касательно диагностики и лечения заболевания.

Картина значительно изменилась в последние годы, так как люди ищут и находят более подробную информацию о своем состоянии в интернете и желают участвовать в своем лечении в качестве равноправных партнеров, а не ведомого пациента своего доктора. Большинство врачей негативно относятся к такому состоянию дел, и они правы, ведь информация в сети часто не является надежной, и ее не всегда можно интерпретировать правильно.

Выводы



Благодаря Интернету мы можем без усилий найти любую информацию о самых разных заболеваниях. Но, правда заключается в том, что когда мы боле- ем или беспокоимся, или беспокоимся о том, что болеем, Интернет не поможет, но вполне может ухудшить ситуацию. Грамотные маркетологи и безграмотные копирайтеры способны заставить нас найти у себя неизлечимые заболевания при самых безобидных симптомах и превратить в киберхондриков. И это не почетное звание, а самое настоящее расстройство.

Киберхондрия как проблема современного общества требует решения уже сегодня. Будущие молодые специалисты, знающие об этой проблеме, будут с пониманием относиться к таким пациентам, смогут помочь им и защитить их от навязчивых мыслей, оберегая от необдуманных поступков.

Важно помнить, что статьи о здоровье в интернете не могут заменить опыт квалифицированного врача. Только врач может поставить правильный диагноз и назначить соответствующее лечение. И если уж потребность спросить что-то у «доктора Google» становится невыносимой, спросите его, где находится ближайшая поликлиника и когда принимает ваш врач.

Список литературы:

1. Горявский Ю. Назад в будущее // *Мир Internet*. №10.- М., 2001.- с.15

2. Киберхондрия. Почему нельзя «гуглить» симптомы болезней: [Электронный ресурс] 2016-2017. URL: <http://theazbel.com> (Дата обращения: 28.10.2017).

3. Не гуглите симптомы, или Что интернет-маркетологам нужно знать о киберхондрии. <https://texterra.ru> (Дата обращения: 27.10.2017)

4. Киберхондрия – «продвинутая» ипохондрия: [Электронный ресурс] URL: <http://moskovskaya-medicina.ru> (Дата обращения: 29.10.2017)



5.Нагуздила себе опухоль. Ипохондрики о том, как жить с интернетом, когда постоянно боишься заболеть и умереть :[Электронный ресурс]. URL:<https://citydog.by> (Дата обращения: 28.10.2017)

6.Киберхондрия, или Диагноз из интернета: [Электронный ресурс]. URL:<https://med-info.ru> (Дата обращения: 28.10.2017).



ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Димитриева Алёна Юрьевна

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,

г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: тревожные расстройства, гипермобильный синдром, дети.

Известно, что у детей с гипермобильным синдромом чаще встречаются тревожные расстройства и фобии.

Тревожные расстройства – это группа гетерогенных состояний, отличающаяся между собой как причиной возникновения, так и проявлениями.

Тревожность — как состояние — возникает в ситуациях неопределенности, когда характер или время угрозы не поддаются предсказанию. Она проявляется как непонятное человеку чувство растущей опасности. Носит ситуативный характер.

Тревожность — как свойство личности, обуславливает готовность человека к тревожным реакциям, проявляющихся в постоянном беспокойстве и неуверенности в будущем.

Несмотря на большое количество пациентов с гипермобильным синдромом в практике детского ортопеда, до сих пор в медицинском сообществе нет полного понимания этиологии данного заболевания, имеющегося болевого синдрома и связанных с ним тревожных расстройств.

Гипермобильный синдром (ГС) – системное заболевание соединительной ткани, которое характеризуется гипермобильностью суставов (ГМС), сочетается с жалобами со стороны опорно – двигательного аппарата и/или внутренними



и внешними фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани, при отсутствии какого-либо другого ревматического заболевания.

Синдром гипермобильности (M35.7) в качестве самостоятельной нозологической единицы был выделен в 1967 году [1].

Диагностика гипермобильного синдрома основана на Брайтонских критериях. Выделяют большие и малые критерии. К большим критериям относят наличие гиперподвижности в суставах по шкале Бейтона (4 и более баллов), артралгия в 4 и более суставах на протяжении не менее 3 месяцев. Малыми критериями считаются: оценка по шкале Бейтона 1-3 из 9 (0-2 для людей старше 50 лет); артралгия в 1-3 суставах или люмбалгия более 3 месяцев; вывихи/подвывихи более чем в 1 суставе или повторный вывих в одном суставе; марфаноидность; аномальная кожа: тонкость, гиперрастяжимость, стрии, атрофические рубцы; глазные признаки: нависающие веки или миопия; варикозные вены или грыжи; опущение матки/ прямой кишки.

Синдром гипермобильности диагностируется при наличии 2 больших критериев, 1 большого и 2 малых критериев или 4 малых.

Одним из первых врачей изучать проблему взаимосвязи гипермобильного синдрома и тревожных расстройств начал испанский психиатр Антонио Бульбена (*Antonio Bulbena*). По данным его исследований гипермобильный синдром встречался у людей с тревожными расстройствами в 67.7% случаев, хотя только 10% из них обращались по поводу психологических проблем к врачу. Также автор продемонстрировал, что среди лиц с тревожными расстройствами гипермобильный синдром встречается в 16 раз чаще, чем в контрольной группе [2].

Grataco`s et al. (2001) в своем исследовании обнаружили, что за сочетание гипермобильности и повышенной тревожности отвечает интерстициальная дупликация в 15 хромосоме (названная DUP 25). Эта дупликация носит наследуемый характер (не полностью менделирующий) [3]. В 2003 году Tabiner M. et al. обследовали ДНК шестнадцати пациентов с выраженными тревожными рас-



стройствами и социальными фобиями методом FISH-гибридизации, но ни в одном образце не было обнаружено искомой дубликации в 15 хромосоме [4]. Также данную дубликацию не обнаружили Weiland Y. et al., обследовав ДНК – пробы 70 человек [5]. Учитывая имеющиеся спорные данные, данная тема требует дальнейшего изучения.

Eccles J. A. et al. (2012) в своей работе обследовали 36 пациентов с гипермобильностью и повышенной тревожностью и 36 здоровых добровольцев. Гипермобильность оценивалась по шкале Бейтона (от 3 баллов), уровень тревожности – с помощью специального опросника [6]. Всем участникам из основной и контрольной групп было проведено МРТ головного мозга. Авторы выявили двустороннее увеличение объема миндалевидного тела и структурные изменения в области поясной извилины в группе пациентов с гипермобильностью. Корреляция между размером миндалевидного тела и синдромом гипермобильности была статистически достоверной ($P \leq 0.001$). Зависимости от пола, возраста и доминирующей руки выявлено не было. Полученные данные авторы трактовали как возможную причину повышенной тревожности у пациентов с гипермобильностью, т.к. миндалевидное тело отвечает за эмоциональные реакции человека, а область поясной извилины за когнитивный контроль боли и отрицательных эмоций [7].

У лиц с гипермобильным синдромом среди тревожных расстройств преобладают панические расстройства и социальные фобии, агорафобия [8].

Поскольку гипермобильный синдром имеет аутосомно-доминантный характер передачи, то нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и особенности переживания своего состояния генетически детерминированы. В таких семьях часто имеется тревожная акцентуация у родителей и детей. Главное желание родителей – это «исправить пока еще не поздно», а дети, находясь под влиянием родителей, чаще замечают, что с ними «что-то не так», чаще появляются жалобы на боль и невозможность выполнения физических нагрузок.



Учитывая это, мы считаем необходимым мультидисциплинарный подход к пациентам с гипермобильным синдромом, т.е. активное участие в их наблюдении не только врачей - ортопедов, но и психологов.

Список литературы:

1. Kirk J.H., Ansell B.A., Bywaters E. *The hypermobility syndrome*// *Ann Rheum Dis.* 1967. Vol. 26. P. 419-425. doi:10.1136/ard.26.5.419.
2. Bulbena A., Duro J.C., Porta M. *Anxiety disorders in the joint hypermobility syndrome*// *Psychiatry Res.* 1993. Vol. 46(1). P. 59-68. doi:10.1016/0165-1781(93)90008-5.
3. Gratacòs M., Nadal M., Martín-Santos R. *A polymorphic genomic duplication on human chromosome 15 is a susceptibility factor for panic and phobic disorders*// *Cell.* 2001. Vol.106(3). P. 367-79. doi:10.1016/s0092-8674(01)00447-0.
4. Tabiner M., Youings S., Dennis N. *Failure to Find DUP25 in Patients with Anxiety Disorders, in Control Individuals, or in Previously Reported Positive Control Cell Lines*// *Am. J. Hum. Genet.* 2003. Vol. 72(3). P. 535-538. doi:10.1086/367777.
5. Weiland Y., Kraus J., Speicher M. R. *A Multicolor FISH Assay Does Not Detect DUP25 in Control Individuals or in Reported Positive Control Cells*// *Am J Hum Genet.* 2003. Vol. 72(5). P.1349-1352. doi:10.1086/375168.
6. Beck A.T., Epstein N., Brown G. *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*// *J Consult Clin Psychol.* 1988. Vol. 56. P. 893-897. doi:10.1037/0022-006x.56.6.893.
7. Eccles J. A., Beacher F. D. *Brain structure and joint hypermobility: relevance to the expression of psychiatric symptoms*// *The British Journal of Psychiatry.* 2012. Vol. 200(6). P. 250-259. doi:10.1192/bjp.bp.111.092460.



8. *Bulbena A., Gago J., Pailhez G. Joint Hypermobility Syndrome is a risk factor trait for anxiety disorders: a 15-year follow-up cohort study// Gen Hosp Psychiatry. 2011. Vol. 33(4). P. 363-70. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.03.004.*



АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО- МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ ЗАВИСИМОЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Доленко Анна Андреевна, Савченко Дмитрий Владимирович

ФГБОУ ВО РГСУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: эмоционально-мотивационная сфера, коррекция, биопсихосоциальный подход, психоактивные вещества.

Исследование эмоционально-мотивационной сферы и ее влияние на личность с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), а также при ее лечении является одним из важных критериев в ходе реабилитации пациентов. При лечении больных, зависимых от ПАВ, специалисты часто сталкиваются с множеством проблем. Так, например, эмоциональное состояние у пациентов чаще всего является нестабильным, а мотивация на выздоровление – кратковременной, что обусловлено плохим психофизиологическим состоянием, а также пониманием нынешних и будущих социальных проблем. Все эти причины негативно сказываются на терапевтических мероприятиях.

В настоящее время в процессе лечения пациентов зависимых от ПАВ по большей степени уделяется внимание изучению эмоционально-волевой, эмоционально-личностной сфер, а также их физическому самочувствию. Однако такая важная сфера как эмоционально-мотивационная, остается практически без внимания современных исследователей, несмотря на то, что эмоционально-мотивационная сфера напрямую влияет на поддержание ремиссии у пациентов зависимых от ПАВ. Отсутствие должного внимания к данной сфере увеличивает риск рецидива [2].



Известно, что при употреблении ПАВ у человека искажается мотивационная сфера, что приводит к деформации структуры мотивов, снижение здоровых потребностей и интересов в жизни, сложность в структурировании своей деятельности, что снижает уровень сопротивления организма с зависимостью. В этой связи, для улучшения влияния терапевтического процесса на состояние пациента, употреблявшего ПАВ, следует серьезно подойти к изучению эмоционально-мотивационной сферы и ее коррекции.

Из исследований известно, что эмоциональные расстройства чаще всего приводят к рецидиву употребления ПАВ [5]. Так, И.Н. Пятницкая и Н.Г. Найденова считают, что создание установки на отказ от потребления ПАВ сильно зависит от эмоционального состояния пациента в постабстинентный период, во время которого возникают такие расстройства как депрессия, раздражительность, гневливость, дисфория, что увеличивает риск возвращения к зависимости [6].

Таким образом, в постабстинентный период больные могут столкнуться с новыми проблемами, которые будут ухудшать их эмоциональное состояние. Выше перечисленные аффективные расстройства могут привести к повышенной утомляемости, снижению психических познавательных процессов (снижение памяти, трудности при концентрации внимания), снижению эмоциональной лабильности, апатии, отсутствию интереса к жизни, приступам страха и тревоги и т.д. Все вышеперечисленные нарушения в эмоциональной сфере приводят к трудностям в социализации, которые характеризуются нежеланием или сложностями в установке контакта с окружением, что также негативно сказывается на поддержании ремиссии [3].

Говоря о мотивах употребления ПАВ, можно отметить, что в современном мире придерживаются биопсихосоциального подхода, под которым подразумевается то, что на формирование зависимости от ПАВ влияют биологические, психологические и социальные обстоятельства, являющиеся стимулом



употребления. Исходя из этого, можно говорить о существовании нескольких групп мотивов, влияющих на употребление ПАВ, которые выделил В.Ю. Завьялов [4]. Так, в первую группу он внес мотивы, связанные с культурными особенностями (традиционный мотив); желанием вступить в группу, приняв ее ценности (псевдокультурный мотив); повышенной подчиняемостью (субмиссивный мотив). Ко второй группе В.Ю. Завьялов отнес желание изменения собственного состояния. Наконец, в третью группу входит патологическая мотивация, обусловленная патологическим желанием употребления ПАВ и ощущением абстинентного синдрома.

Кроме этого, говоря о мотивации отказа от употребления ПАВ, следует учитывать такие факторы, как социальные, психологические и терапевтические.

Например, для развития положительной мотивации на отказ от ПАВ одним из факторов является социальный. Общество может наказать человека, как на законодательном уровне, так и применить морально-этическое давление на личность. И то и другое сосредоточено на коррекции отношения человека к ПАВ. Также одним из важных условий в области социального фактора является создание здорового досуга и занятости человека.

Следующим фактором в отказе от ПАВ является семейный фактор. Семейный круг должен создавать благоприятную атмосферу для поддержания состояния человека. Должна присутствовать адекватная критическая оценка состояния больного родственника, с готовностью принимать ответственность за свое участие в его жизни. Эти действия со стороны семьи помогут больному повысить уверенность в себе, получить необходимую поддержку, что положительно повлияет на формирование правильной мотивации к отказу от ПАВ.

Терапевтический фактор. Основным способом в программах терапии является применение лекарственных средств в совокупности с психотерапией, которая в свою очередь направлена на изменение поведения, развитие положительных установок, потребностей, а также способов саморегуляции, коррекцию



и восстановление семейных взаимоотношений. На первых этапах психотерапии требуется постепенная корректировка мотива отказа от ПАВ и его переход в истинное желание трезвой жизни.

Наконец, при отказе от употребления ПАВ учитывается и психологический фактор, который включает в себя нравственный контроль; личные предпочтения; знания, умения и навыки, которыми обладает пациент; состояние на данный момент и условия по достижению выбранной цели; понимание последствий поступков [1].

Таким образом, для того, чтобы развить в человеке правильную мотивацию на отказ от ПАВ с помощью психологически значимых для человека факторов, требуется устранение анозогнозии, развитие адекватного отношения к своей личности, как самому, так и окружающими, налаживание гармоничных межличностных отношений, преодоление и коррекция морально-этических ценностей [2].

Из вышесказанного можно сделать вывод о том, что употребление и отказ от ПАВ зависит от следующих факторов: биологических, психологических и социальных. Мотивацией на продолжение употребления ПАВ является сохранение в памяти позитивного эмоционального состояния после употребления, в связи с чем, основным мотивом в жизни человека становится потребление ПАВ, из-за чего происходит изменение эмоциональной сферы, приводящие к расстройствам эмоций.

Формирование мотивации в отказе от ПАВ и к трезвости у больных связано с социально-психологическими факторами. При наличии поддержки со стороны семьи, позитивные установки, интересы, а также досуг, поддержание позитивного отношения к себе и налаженные контакты с окружающими, критичная оценка к употреблению ПАВ являются важными составляющими становления трезвости.



Таким образом, качественная оценка эмоционально-мотивационной сферы и ее коррекция является важным предикатом для увеличения длительности ремиссии.

Список литературы:

1. Воробьева Е.В., Шульгина И.П. *Смысловой подход в психокоррекции наркомании // Категория смысла в философии, психологии, психотерапии и общественной жизни. 2014. С. 112–113.*
2. Востриков В.В., Востриков М.В., Шабанов П.Д. *Эмоционально-мотивационное состояние больных с зависимостью от алкоголя в постабстинентном периоде // Психофармакология и биологическая наркология. 2006. Т. 6. № 1–2. С. 1220–1225.*
3. Евдокимов А.Г., Красюков Н.Д., Ростовщиков В.В. *Личностные особенности и качество жизни пациентов с зависимостью от мефедронсодержащих психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2013. № 1. С. 65–72.*
4. Завьялов В.Ю. *Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука, 1988. 195 с.*
5. Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Берно-Беллекур И.В. *Характеристика эмоциональных расстройств у зависимых от психоактивных веществ // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2011. № 2, С. 155–163.*
6. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. *Подростковая наркология. М.: Медицина, 2002. 256 с.*



КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Донскова Екатерина Евгеньевна, Агеенкова Екатерина Кузьминична

БГПУ им. М. Танка г. Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: психосоматика, нейропсихология, кортико-висцеральная теория, лимбическая система.

Прежде всего, необходимо определить сами понятия психосоматики и нейропсихологии.

Психосоматика – направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Психосоматическими заболеваниями называют физические заболевания или нарушения, причиной возникновения которых являются психологические факторы. Это могут быть конфликты, страдание, чувства агрессии, страха, которые не осознаются человеком. [4, с. 9] В организации эмоциональных реакций человека, в формировании его чувств, эмоций и переживаний участвуют стволые отделы головного мозга и, в частности, лимбическая система. Любые тревожные состояния приводят к нарушению физиологического функционирования организма, а болезненные состояния тела неминуемо приводят к усилению тревоги. Вопрос о тесной корреляции между психической и соматической системами у больных людей, по-видимому, впервые поставил М.И. Аствацауров, который еще в 1938 году писал: «Повседневные клинические наблюдения не оставляют никакого сомнения в том, что различные эмотивные состояния непосредственно (т.е. без участия сознания) включаются в качестве самостоятельного звена в цепь гормонально-вегетативной корреляции, превращающейся в *circulus vitiosus*, в котором сома-



тические и психические элементы непосредственно переходят друг в друга» [2, с. 310] Нам приходилось встречать недоумение и даже возражения по поводу нашего утверждения о том, что у здоровых людей «психическая и соматическая организация относительно автономны». Однако оно, с нашей точки зрения, не является неожиданным, а, наоборот, вполне закономерным. Известно, что регуляция жизнедеятельности организма осуществляется спинальными и некоторыми подкорковыми церебральными структурами автономной нервной системы. Произвольная их регуляция в норме не возможна, т.к. внутренние органы и функциональные системы не представлены в моторных центрах коры, функции которой, как известно, связаны с высшей психической деятельностью в том числе и личностными процессами. Не является секретом и то, что головной мозг в норме обладает гемодинамической и гормональной ауторегуляцией, во многом отличной от такового тела. В результате этого вегетативные корреляты эмоционального проявления у здорового человека разнообразны по силе и характеру физиологического проявления. Патологическая перестройка функционирования организма при психосоматических заболеваниях, по мнению Е.К. Агеенковой, связана с утратой данной независимости в функционирования психической и соматической организации или спинальной и церебральной частей центральной нервной системы. [1, с. 19].

Нейропсихология — это наука, изучающая мозговые механизмы психических функций на материале локальных поражений мозга. Как и вся клиническая психология, она пограничная наука, возникшая на базе психологии, медицины (неврологии и нейрохирургии), анатомии и физиологии центральной нервной системы, психофармакологии. Она тесно взаимодействует с практикой диагностики нарушений высших психических функций и их восстановления при локальных поражениях головного мозга. В настоящее время выделяют 7 основных направлений современной нейропсихологии: 1. Клиническая нейропсихология – синдромология (изучает нейропсихологические синдромы, в кон-



тексте проблемы межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия, поражения глубоких подкорковых структур и коры головного мозга). 2. Экспериментальная нейропсихология (занимается экспериментальным аппаратным изучением психологических и мозговых механизмов нарушений различных психических функций). 3. Реабилитационная нейропсихология (изучение динамики спонтанного восстановления психических функций у нейрохирургических больных и др). 4. Психофизиология локальных поражений мозга (изучает психофизиологические механизмы нарушения когнитивных, двигательных и эмоциональных процессов основываясь на физиологических процессах). 5. Нейропсихология нормы и индивидуальных различий (изучает психические процессы и состояния у здоровых лиц с позиции нейропсихологии). 6. Детская нейропсихология. 7. Нейропсихология позднего возраста - геронто-нейропсихология. 8. Экологическая нейропсихология (направление, связанное с известными экологическими катастрофами и выявленными при этом различными психическими нарушениями) [6, с. 20].

В нейропсихологии, по нашему мнению, как бы «отражается» нейрофизиологическая составляющая психосоматических заболеваний. Психосоматика и нейропсихология явно переплетаются в многочисленных моментах. Однако, одним из самых явных является кортико-висцеральная теория.

Кортико-висцеральная теория, разработанное школой И. П. Павлова учение о функциональном взаимодействии коры больших полушарий головного мозга и внутренних органов. [5, с. 563] По которой в основе психосоматических расстройств лежит «сшибка» условных рефлексов, которая содержит логически неразрешимые противоречия. Еще один физиологический механизм психологических срывов - образование «патологических» условных рефлексов. Кортико-висцеральная теория, объясняет происхождение психосоматических болезней следующим образом: кора головного мозга, используя механизмы условных рефлексов, непосредственно влияет на состояние внутренних органов, что



вызывает нарушение баланса возбуждения и торможения, на уровне коры головного мозга. Был предложен неспецифический метод лечения внутренних болезней с помощью длительного искусственного сна. У человека условные рефлексы могут формироваться как на сознательном, так и на бессознательном уровне. Важнейшим практическим следствием этой теоретической модели является то, что на подкорковом, подсознательном уровне, рефлекторный акт может осуществляться независимо от коркового, сознательного уровня. Эмоции представляют собой условные рефлексы, функционирующие на неосознаваемом уровне, которые доступны осознанию на более поздней стадии. Вспомним о теории происхождения эмоций по Джеймсу-Ланге: вначале возникает реакция на уровне коры правого полушария головного мозга и лимбико-ретикулярной системы, далее начинается вегетативное сопровождение, то есть вызванное эмоциями напряжение мышц, учащается сердцебиение и дыхание, что является значимым для осознания эмоций. Когда эти физиологические сдвиги распознаются «сознательной» частью мозга, возникает собственно психологическое переживание эмоций. Первоначально мы реагируем на окружающую нас ситуацию подсознательно, реакция может происходить за десятые доли секунды, либо, растянуто во времени, когда эмоция созревает подспудно. Первоначально возникают эмоционально-индуцированные сдвиги в состоянии внутренних органов и мышц, и только направив на них внимание, мы осознаем свои чувства. Но, если внимание не фокусируется на этом, то эмоции создают фон, проявляющий себя в самочувствии и настроении. Конечно, как и во всякой концепции, кортико-висцеральная теория имеет и минусы. В ней не в полной мере учитывается, что между корой головного мозга и регулируемым ею внутренним органом существует ряд промежуточных звеньев (в частности, гипоталамическое и эндокринное), без учета которых нельзя объяснить механизм психосоматических нарушений. Она исключила из круга своего рассмотрения собственно психологический аспект изучения психосоматических соотношений, роль лич-



ности как высшей формы регуляции человеческой деятельности в формировании этой патологии, любые попытки содержательного понимания психогенных факторов в их этиологической роли при психосоматических расстройствах. Кортико-висцеральная теория в работах ряда современных авторов обогащалась новыми сведениями, касающимися представлений о ретикулярной формации как морфологическом субстрате мощных влияний на кору головного мозга со стороны подкорково-стволовых его отделов, данными современной нейробиологии и нейроэндокринологии, позволившими лучше понять механизмы взаимодействия нарушений высшей нервной деятельности и вегетативно-эндокринно-обменных нарушений. По существу, в этих исследованиях отразилось более широкое понимание кортико-висцеральной патологии со стремлением учитывать в генезе весь комплекс биологических, психологических и социальных факторов. [3, с. 276] Тем самым хочется показать возможность модернизации концепции прошлого тысячелетия в наши условия существования, когда мы имеем определенные заделы знаний и можем применять эклектику даже в таких областях как нейробиология, нейроэндокринология, психосоматика и нейропсихология.

Список литературы:

1. Агеенкова Е.К. Психологические факторы в развитии сердечно-сосудистых заболеваний – Психотерапия и клиническая психология. – 2002. – №3(5). – С. 19-23 с.
2. Аствацауров М.И. Избранные работы. – Л.: Изд-во военно-мед. академии РККА, 1939. – 438 с.
3. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е издание. — СПб.: Питер, 2011. – 864 с.
4. Малкина-Пых И. Г. М 18 Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.



5. Прохоров А. М., Бородулин В. И., Горкин А. П., В. М. Карев и др. *Российский энциклопедический словарь: РЭС: — М.: Большая Рос. энцикл., СПб.: Питер, 2001. — 1408 с.*

6. Хомская Е. Д. *Нейропсихология: 4-е издание. — СПб.: Питер, 2005. — 496 с.*



ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МОЗГА НА СКЛОННОСТЬ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ У ПОДРОСТКОВ

Ельникова Екатерина Сергеевна

ФГБОУ ВО ТГУ имени Г. Р. Державина, г. Тамбов, Россия

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, подростковый возраст, юношеский возраст.

Во всех странах мира суициды входят в число десяти ведущих причин смерти населения. Прогнозируется, что к 2020 г. суицид займет на второе место в мире как причина смерти, уступая только заболеваниям сердечно – сосудистой системы. Однако уже сейчас в группе молодежи в возрасте 15-34 лет суицидальная смертность входит в «тройку» лидирующих причин смерти. По уровню самоубийств среди подростков Россия находится на одном из первых мест в мире – средний показатель самоубийств среди населения подросткового возраста более чем в 3 раза превышает средний показатель в мире.

Статистика подростковых суицидов по Тамбовскому району за 2017 год насчитывает 23 попытки самоубийства среди лиц от 16 до 18 лет, 2 из которых оконченные. Весьма актуальным является всесторонне изучение факторов риска возникновения суицидального поведения. На настоящий момент достаточно много исследований посвящено изучению внешних факторов риска возникновения суицида в подростковом возрасте, а внутренние факторы, такие например, как нейропсихологические особенности, остаются без внимания.

Г. В. Старшенбаум (2005) выделяет четыре главных фактора, предрасполагающих к истинному суициду в подростковом возрасте:

- 1) насилие, особенно сексуального характера;



- 2) посттравматическое стрессовое расстройство;
- 3) депрессия;
- 4) дисморфофобия.

К факторам способствующим суициду, по мнению многих ученых, можно отнести следующие:

1. Неблагополучные семьи.

Ощущая свою беспомощность, подростки часто воспринимают конфликты в семье, как собственную вину. У них возникает постоянное ощущение как эмоциональной, так и социальной изоляции, убежденность в отсутствии радужных перспектив в будущем.

2. Школьные проблемы.

Подростки с невысоким интеллектом и выраженной уязвимостью придают достаточно высокое значение данному фактору.

3. Сексуальные проблемы

Беременность, неудачный половой контакт, изнасилование, насилие в семье, импотенция, страх гомосексуализма – все это может вызывать попытку суицида у подростка.

4. Депрессия.

Печаль, апатия, подавленность, потеря интереса к жизни.

5. Аддиктивное поведение.

Вследствие которого подросток часто теряет способность контролировать свое поведение в целом, эмоциональные порывы, осознавать и понимать последствия своих поступков.

6. Стресс.

Стрессовые ситуации, вызывающие острые аффективные реакции, провоцируют различные типы суицидального поведения подростка.

7. Незрелость личности и определенные черты характера.



Зачастую к самоубийству склонны люди, которые отличаются высокой импульсивностью, агрессивностью или недостаточным уровнем личностной идентификации, что необходимо для чувства собственного достоинства, осмысленности существования и целеустремленности.

8. Нейропсихологические особенности.

Особенности мышления, памяти, профиль латеральной организации.

Каждый фактор риска по отдельности не несет однозначной предпосылки к попытке и совершению суицида, но в комбинации с другими является достаточной причиной для беспокойства. Коррекция одного из симптомов не даст эффекта, если не будет поддержки подростка в целом.

Взаимосвязь нейропсихологических особенностей и склонности к суицидальному поведению изучена крайне мало. Так, например, проводилось исследование, в котором нарушения функциональной асимметрии были выявлены при ЭЭГ-исследовании 16 женщин, совершивших суицидальную попытку, по сравнению со здоровыми (1996). Компьютерный анализ ЭЭГ показал сниженную активацию задних отделов левого полушария (в виде большей выраженности и синхронизации альфа-ритма) и относительную активацию правого по сравнению с контролем. Повышенная альфа-активность левого полушария не зависела от степени выраженности депрессии, а была связана исключительно с суицидальными попытками. По мнению авторов, снижение активации задних отделов левого полушария связано с агрессивным и суицидальным поведением.

М. А. Регапег(1993;1994) изучал пациентов после травматического поражения мозга и обнаружил, что только при правополушарных поражениях больные говорят о своеобразном «чувстве присутствия» кого-то постороннего. Анализ показал, что наличие «чувства присутствия» значимо коррелировало с суицидальными мыслями. Автор связал органические поражения именно правого полушария с более высоким суицидальным риском.



Видно, что большинство ранее выполненных исследований свидетельствуют, что при суицидальном поведении имеет место нарушение функциональной асимметрии мозга, причем большинство работ связывают это с дисфункцией правого полушария. Роли правого полушария в суицидальной активности с позиций психосемантики посвящен и подробный обзор израильского исследователя Я. Вейнберга. Автор предполагает, что из-за функциональной недостаточности правого полушария у суицидентов происходит компенсаторный сдвиг активности в сторону левого полушария. По мнению автора, это проявляется в инверсии химической асимметрии, в отчужденном или негативном восприятии собственного тела, в пониженной чувствительности к боли, в нарушении самовосприятия, в когнитивном сужении (снижение креативности, понимания подтекста, скрытого смысла и т. д.), в неспособности опираться на собственный житейский опыт, а также в трудностях с регуляцией аффективного состояния. Таким образом, вывод Я. Вейнберга очевиден: суицидальная активность человека связана со снижением функции правого полушария.[3]

На данный момент тема суицидального поведения у подростков с учетом профиля латеральной организации малоизученна, но при этом является весьма актуальной из-за роста самоубийств. Развитие научного исследования в данном направлении является перспективными, полученные результаты можно будет использовать при разработке программ профилактики и коррекции склонности к суицидальному поведению в подростковом возрасте.

Список литературы:

- 1. Алимова М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014. – 100с.*
- 2. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.*



3. *Егоров А.Ю. Нейропсихология девиантного поведения. – СПб.: Речь. 2006. – 224 с.*
4. *Вихристюк О.В. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / под ред. Вихристюк О.В., – М.: МГППУ, 2013 – 67 с.*
5. *Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когнито-Центр, 2005*



БАЗОВОЕ ДОВЕРИЕ И Я-ИДЕНТИЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЗАМИ

Ерохина Дарья Геннадьевна, Володин Борис Юрьевич
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: базовое доверие, Я-идентичность, неврозы.

Двадцать первый век представлен большим количеством гуманитарных и естественнонаучных исследований по определению и познанию человека как личности. Этот факт определяется большим спросом на универсальную формулу успеха, в которой человек выступает амбициозным, саморазвивающимся, коммуникабельным и полным ощущением целостности или Я-идентичности, которое в свою очередь является центральным элементом структуры личности. Согласно Эрику Эриксону Я-идентичность начинает формироваться с младенческого возраста и значимым моментом в ее становлении является базовое доверие в виде внутренней определенности по отношению к себе и миру.

Характеризуя основные понятия нашей работы, мы столкнулись с большой неоднозначностью и вариабельностью определений, исходя из этого факта, фундаментом нашего исследования станут мнения ученых, которые, на наш взгляд, наиболее точно и полно осветили данные явления в психологии. По мнению Э.Эриксона Я-идентичность – это чувство личностного тождества и непрерывности личности[1]. Феномен доверия наиболее ярко характеризует отечественный исследователь Т. П. Скрипкина, характеризуя его как специфический субъектный феномен, сущность которого состоит в определенном отношении субъекта к различным объектам или фрагментам мира, заключающемся в переживании актуальной значимости и априорной безопасности этих объектов или фрагментов мира для человека. Отсутствие доверия, или недо-



рие, представляет собой, таким образом, ситуацию невозможности такого отношения[2].

Ссылаясь на американского психоаналитика Ненси Мак-Вильямс [3], при рассмотрении этих двух показателей, можно говорить, что высокий уровень базового доверия и Я-идентичности характеризует условно здоровую личность и людей, имеющих невротический спектр реакций. Соответственно низкий уровень определяет пограничные и психотические уровни организации психической жизни.

При внешней схожести условно здоровой и невротически организованной личности по показателям Я-идентичности и уровня базового доверия нераскрытым остается факт об особенностях структуры этих понятий у данных групп людей. Возникает вопрос: существуют ли структурные различия базового доверия и Я-идентичности у пациентов с неврозами и условно здоровых людей? И если существуют, то какие? Эта тема является крайне актуальной и важной, поскольку значимость данных составляющих личности остается неизменно острой на протяжении всего развития психологической науки и практики. Детальное изучение данной темы позволит повысить эффективность психотерапии и психокоррекции эмоционального состояния и психологического комфорта пациентов с неврозами и предотвращать иные возможные проблемы.

Список литературы:

1. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э.Эриксон. Пер. с англ./ Общ. ред. и предисл. Толстых А. В. - М.; Издательская группа "Прогресс", 1996. - 344 с.
2. Скрипкина Т. П. Психология доверия / Т. П. Скрипкина Психология доверия: Учеб. Пособие для студ.высш. пед. Учеб.заведений.- М.; Издательский центр «Академия», 2000.-264 с.



3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика / Н. Мак-Вильямс перевод с английского под редакцией М.Н. Глуценко, М.В. Ромашкевича.- М.; Независимая фирма «Класс», 2001. -480 с.



АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ НАРКОЗА НА ПРОТЕКАНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Заргарьян Диана Артуровна

РГСУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: наркоз, мнестическая деятельность, нейропсихологическое тестирование, психическая деятельность человека.

Около 180 лет прошло с использования первого наркоза и по сей день такая процедура широко применяется в медицине. Главная цель наркоза - свести к минимуму негативную реакцию организма на какую-либо агрессивную медицинскую манипуляцию (операцию или инвазивное исследование), прежде всего, ощущения боли [1]. Боль и борьба с ней - это главный приоритет: не будет боли - не запустятся физиологические (в контексте боли - принимающие патологическое значение) механизмы защиты. Это главная задача анестезиолога: не допустить такого развития событий.

Однако, не смотря на важнейшую роль наркоза проблема его влияния на организм, а в частности на психическую деятельность человека, не теряет своей актуальности в настоящее время. Каждый организм индивидуален и реакция на химический компонент анестезии может быть разной. К сожалению, искусственно вызванная полная потеря сознания и чувствительности не может на 100% пройти без последствий. При этом стоит признать, что общая анестезия применяется лишь при тяжелых и длительных операциях, когда невозможно выбрать иной метод лечения.

После наркоза у пациента могут возникнуть осложнения со стороны дыхания, нарушения ритма сердца, воздействия на почки, печень, центральную



нервную систему и головной мозг. В данной статье мы рассмотрим, какие именно посленаркозные нарушения могут повлиять на психическую деятельность человека.

Прежде всего, наибольший удар приходится на мнестическую деятельность. Так, например, по результатам многих исследований можно сделать вывод о том, что чаще всего нарушения памяти связаны с операциями на сердце. По статистике в течение первой недели после проведенного наркоза у 30-80 процентов пациентов кардиохирургии встречаются осложнения с памятью. Этот факт подтверждается тем, что процент мнестических осложнений у пациентов при других оперативных вмешательствах гораздо ниже, чем у пациентов кардиохирургии [2].

Влияние общей анестезии на протекание мнестической деятельности также было показано с точки зрения нейропсихологического исследования. Так, по данным М.А. Лобова, А.Е. Машкова, М.В. Пантелеевой и др. в послеоперационном периоде с помощью нейропсихологического тестирования было выявлено значительное снижение показателей памяти и внимания у детей в возрасте 7-15 лет, а именно индекс точности снизился до $19,0 \pm 5,0$, а при отсроченном воспроизведении двух групп по 5 слов не воспроизводилось 2-3 слова из каждой пары [3].

Кроме этого, в течение первых 24 часов после операции, многие пациенты испытывают галлюцинации и панические атаки. Хотя такое последствие чаще возникает после очень длительных операций, так как мозг очень долго находился в режиме сна [4].

Так же многие пациенты после наркоза жалуются на снижение внимания и нарушения сна. Трудно назвать конкретные причины данному явлению, но ученые определили факторы, способствующие развитию нарушений внимания и памяти после наркоза:

- Пожилой возраст;



- Повторный наркоз;
- Длительная по времени операция;
- Низкий уровень образованности пациента;
- Инфекционные и дыхательные осложнения после операции [4].

Кроме того, нельзя исключать и психологический фактор в формировании осложнений психики после влияния общей анестезии. Практически каждый больной, ожидая предстоящую операцию, испытывает страх за свою жизнь, страх боли и страх самого наркоза. В такой момент очень многое зависит от опыта и такта анестезиолога. Несомненно, более эффективное воздействие на пациента могло бы оказать содействие анестезиолога и психолога. Хорошая подготовка психики больного создает благоприятный фон для проведения наркоза. Таким больным для получения нужной глубины наркоза применяется меньшее количество наркотического средства. Тогда как возбужденное состояние больного требует использования значительно больших доз наркотика.

Наконец, существует мнение, что влияние общей анестезии оказывает отдаленные последствия на психику человека. Так, например, в настоящее время в некоторых странах Европы на первое место, опережая заболевания сердечно-сосудистой системы и онкологические заболевания, выходят дементирующие расстройства, а именно болезнь Альцгеймера. Страшное заболевание, представляющее собой приобретенное слабоумие, которое не поддается лечению и в итоге приводящее к летальному исходу пациента, имеет в своем развитии разные причины, например: наследственность, плохая экологическая обстановка, бесконтрольный прием лекарственных препаратов, а также встречающиеся в анамнезе человека оперативные вмешательства, при которых был использован общий наркоз. Вот почему изучение влияния наркоза на психическую деятельность человека, а также на его возможные отдаленные последствия, в настоящее время в современной медицине трудно переоценить.



Список источников:

1. *Влияние общего наркоза на организм человека // vnarkoze.ru URL: http://vnarkoze.ru/vliyanie-na-organizm-cheloveka.html#ttoc_0_4*
2. *Лаптева Е. С., Пяхкель О. Ю. Наркоз и уход за пациентом после наркоза: учебно-методическое пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. 88 с.*
3. *Лобов М.А., Машков А.Е., Пантелеева М.В., Слесарев В.В., Князев А.В. Влияние наркоза на состояние когнитивных функций, церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности мозга // Альманах клинической медицины. 2002. С. 31-33.*
4. *Последствия общего наркоза для организма // otravlenye.ru URL: <https://otravlenye.ru/vidy/lekarstva/posledstviya-obshhego-narkoza-dlya-organizma.html>*



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗЛИЧНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

*Зорин Роман Александрович, Лапкин Михаил Михайлович,
Жаднов Владимир Алексеевич*

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: эпилепсия, результативность деятельности, психологические характеристики

При рассмотрении психологической сферы с позиции теории функциональных систем предполагается системообразующая роль результата целенаправленной деятельности и системоорганизующая роль мотивационной сферы, а также оценочная и санкционирующая роль эмоциональной сферы [1]. Принципиально важным во влиянии на результативность деятельности является отражение в нейродинамических характеристиках темперамента механизмов активации нервной системы и роль процессуальных характеристик деятельности [3]. Эпилепсия как клиническая модель системного физиологического и психофизиологического расстройства характеризуется спецификой изменений мотивационной, эмоциональной сферы, как вследствие структурных изменений головного мозга, так и реакции на социально-дезадаптирующее расстройство [2].

Цель работы: выявление особенностей психологических механизмов различной результативности моделируемой целенаправленной деятельности у больных эпилепсией.

Материалы и методы. В исследование включено 200 человек: 130 больных эпилепсией и 70 практических здоровых человека (контрольная группа).



Исследуемыми подписан договор информированного согласия. Средний возраст больных эпилепсией 34 года, из них 65 мужчин и 65 женщин; средний возраст лиц контрольной группы 33 года, из них 37 мужчин и 33 женщины. Целевая направленная деятельность моделировалась при помощи теста Шульте. Исследование мотивационной сферы проводилось при помощи теста Гербачевского В.К. Для исследования эмоциональной сферы применялся опросник тревожности Спилберга Ч.Д., «Шкала проявлений тревоги Дж. Тейлор», опросник депрессивности А.Т. Бека, субшкала депрессии «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии». Для оценки агрессивности применялся опросник А.Басса и А.Дарки. Оценка нейродинамических свойств осуществлялась при помощи опросника Айзенк (EPQ), оценивалась структура темперамента (ОСТ) Русалова. Проводилась балльная оценка эмоциональных, когнитивных нарушений и социальной дезадаптации у больных эпилепсией [4]. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета программ Statistica 10.0 Ru: на основе кластерного анализа реализовывалось разделение пациентов на группы с различной результативностью, сравнительный анализ проводился с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни (U) для двух выборок с поправкой на множественность сравнений и критерия Краскелла-Уоллиса (H) для нескольких выборок, различия считались достоверными при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Методом кластерного анализа выделены 2 подгруппы больных эпилепсией: подгруппа пациентов с большей скоростью выбора и меньшим числом ошибок и подгруппа с противоположными характеристиками по данным теста Шульте; подгруппа 1 обозначена как результативная, подгруппа 2 как низко результативная. В низко результативной группе больных эпилепсией выявлен достоверно более высокий уровень числа первично- и вторично генерализованных приступов после коррекции терапии, балльной оценки когнитивных нарушений и социальной дезадаптации. Кроме



того, в данной группе выявлена большая распространённость симптоматической (структурно-метаболической) эпилепсии.

При определении структуры мотивов испытуемых по данным теста Гербачевского В.К. в группе больных эпилепсией определяется преобладание мотивов избегания и снижение внутреннего мотива по сравнению с контрольной группой. При этом у больных эпилепсией определяется большая тревожность по тесту Спилбергера-Ханина; а в низко результативной группе больных эпилепсией определяется большее значение соматического компонента депрессии шкалы Бека.

У больных эпилепсией в низко результативной группе выявлен достоверно больший уровень предметной агрессии и самоагрессии. Также у больных эпилепсией определяется более высокий уровень интроверсии по данным теста EPQ. По данным теста ОСТ Русалова выявляются низкие показатели предметной эргичности, пластичности, социальной пластичности, темпа и социального темпа в низко результативной группе больных эпилепсией.

Таким образом, формируется специфический комплекс психологических, клинических и социальных характеристик, определяющий различия результативности деятельности у больных эпилепсией. Низкая результативность деятельности у больных эпилепсией ассоциирована с увеличением мотивов, определяющих избегающий по отношению к моделируемой деятельности характер поведения, сопровождается увеличением тревожности и депрессии, уровня агрессии, а также снижением темпа и эргичности поведения; при этом недостаточность социального контура поведения сопровождается увеличением числа генерализованных приступов.

Список литературы:

1. Анохин П.К. *Кибернетика функциональных систем: избранные труды [Текст] / П.К. Анохин.* – М.: Медицина, 1998. – 397 с.



2. Бурдаков В.В. Факторный анализ нейропсихологических, неврологических, параклинических и лабораторных показателей у больных идиопатической эпилепсией [Текст] / В.В. Бурдаков, Н.В. Гумалатова. – Врач-аспирант. – 2011. – 48 (5.4) – С. 550-559.

3. Голубева Э.А. Общая и дифференциальная психофизиологии: взаимодействие научных школ Б.М. Теплова и Е.Н. Соколова. [Текст] / Э.А. Голубева // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2010. - № 4. – С. 32-56.

4. Зорин Р.А. Гетерогенность больных эпилепсией по психологическим характеристикам, качеству жизни и реакции на противосудорожную терапию [Текст] / Р.А. Зорин, В.А. Жаднов, М.М. Лапкин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – Спецвыпуск 1. – С. 58-63.

5. Руководство по обеспечению решения медико-биологических задач с применением программы Statistica 10.0 [Текст] / В.М. Боев [и др.] – Оренбург: Южный Урал, 2004. – 208 с.



УРОВЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В ПЕРИОД УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Иноземцева Евгения Алексеевна, Яковенко Ольга Викторовна

ФГБОУ ВО ИГМА Миздрава России, г. Ижевск, Россия

Ключевые слова: эмоциональный стресс, психоэмоциональное напряжение, студенты, медицинская академия

Известно, что обучение в ВУЗе сопряжено с большими психоэмоциональными нагрузками, напряжением адаптационных механизмов и всех функциональных систем организма. Особенно с большим нервно-психическим напряжением у студентов связано обучение в высшей медицинской школе, что обусловлено освоением значительного объема учебного материала, овладением широким спектром медицинских навыков и высокой степенью ответственности [5].

Выявлено, что по мере нарастания силы и продолжительности психоэмоционального напряжения оно приобретает стрессорный характер, истощаются энергетические и пластические возможности организма, возникает дезинтеграция регуляторных приспособительных механизмов и формируются патологии [1;2].

В условиях выраженного психоэмоционального напряжения и сформировавшейся патологии ухудшаются не только физическое самочувствие студентов, но и их способность к усвоению нового учебного материала. Это сопровождается в последующем снижением успешности обучения в ВУЗе, снижением эффективности и качества профессиональной подготовки молодых специалистов.



С целью изучения уровня эмоционального (психологического) стресса во время обучения в медицинском ВУЗе у 500 добровольцев - студентов медицинской академии, обучающихся на 1, 3 и 6 курсах и составляющих соответственно 3 испытуемые группы, проведен анкетированный опрос по методике RSM–25 Лемура – Тесье – Филлиона, в адаптации Н.Е. Водопьяновой. Тест, предназначенный для изучения феноменологической структуры переживаний стресса, через измерение стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях представлял собой ряд утверждений, характеризующих психическое состояние испытуемого, оцениваемое с помощью 8-балльной шкалы[3]. По сумме всех ответов с использованием ключа определялся высокий, средний и низкий интегральный показатель психической напряженности (ППН). Высокий показатель психической напряженности свидетельствовал о состоянии дезадаптации и психического дискомфорта, необходимости применения широкого спектра средств и методов для снижения нервно–психической напряженности, психологической разгрузки, изменения стиля мышления и жизни. Средние значения соответствовали среднему уровню стресса. Низкий ППН указывал на состояние психологической адаптированности к рабочим нагрузкам. Исследование проводили дважды в период семестрового обучения и во время промежуточной аттестации (сессии). Статистическая обработка материалов проводилась на ПК *Pentium-II MMX* в среде *Windows XL Microsoft Office 2008 (MS Excel)* с использованием программы *SPSS 17.0*. Достоверность полученных результатов оценивалась по U критерию Манна Уитни [4].

Анализ полученных результатов показал, что в целом у студентов ВУЗа в период семестрового обучения преобладает низкий уровень эмоционального стресса (67,8%), на втором месте — средний показатель психической напряженности (31,6%) и на третьем – высокий, соответствующий дезадаптации (0,6%). Аналогичное распределение разных уровней показателя психической



напряженности отмечено во всех испытуемых группах у студентов 1 курса низкие значения составили — 58,5%; средние — 41,5% и высокие — 0,0%; на 3-м курсе — 75,3%; 24,0% и 0,65%; у выпускников — 69,9%, 30,0% и 1,0% соответственно.

Сопоставление полученных данных между курсами выявило, что у студентов во время обучения в семестре показатели высокого уровня психологического стресса минимальны во всех исследуемых группах (0%; 0,65% и 1,0% соответственно). Преобладание количества молодых людей со средним показателем психической напряженности более характерно для 1-го курса (41,5%), затем – 6-го (30,0%) и 3-го (24,0%). Низкий уровень стресса имеют большинство студентов 3-го года обучения (75,3%), затем — шестого (69,9%) и в меньшем количестве первого (58,5%).

Таким образом, в ходе исследования выявлены различия уровней показателя психической напряженности между студентами первых и sixth курсов с тенденцией к нарастанию у выпускников уровня психологического стресса, что в определенной степени влияет на результативность их итоговой аттестации и качество подготовки к практической деятельности. Это указывает на необходимость расширения внедрения среди обучающейся молодежи большего спектра методик, направленных на снижение негативного воздействия стрессовых факторов.

Список литературы:

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. *Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний.* — М.: Медицина, 1997. — 236 с.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. *Введение в донологическую диагностику.* — М.: Фирма «Слово», 2008. — 220 с.



3. *Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса — СПб.: Питер, 2009. — 336 с.*
4. *Мамаев А.Н. основы медицинской статистики.- М.: Практическая медицина, 2011.- 128 с.*
5. *Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. — СПб.: Питер, 2006. — 256 с.*



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Исупова Екатерина Олеговна
ГУ КРПБ, г. Сыктывкар, Россия

Ключевые слова: арт-терапия, психиатрические пациенты.

В российскую психиатрическую практику в последние десятилетия активно внедряется арт-терапевтическая помощь пациентам. Основными задачами данной терапии является стабилизация психического состояния душевнобольных пациентов, предупреждение новых обострений, преодоление негативных последствий болезни. Важное значение имеет восстановление ценных практических навыков и интересов больных. По данным исследователей наиболее эффективно показал себя групповой метод арт-терапии в психосоциальной реабилитации психически больных.

А.И. Копытин в результате исследований клинической системной арт-терапии психических расстройств отмечает благоприятную динамику их симптоматического статуса пациентов, положительные изменения их личностного функционирования, развитие комплекса ценных жизненных навыков и здоровых потребностей, обеспечивающих психосоциальную адаптацию [2].

Г.Г. Шихоцева описывает опыт применения арт-терапевтических технологий в группе психиатрических пациентов, при этом отмечая следующие результаты терапии: повышении самооценки и степени доверия к арт-терапевту, формирование самостоятельности, активности и вовлеченности в процесс творческой деятельности, восстановление утраченных способностей [4].



П. Лузатто заключает в своей работе, что результаты арт-терапевтических занятий далеко не всегда могут быть понятными и очевидными для пациентов и арт-терапевта [3].

О.А. Ионов в результате исследований утверждает, что повышение уровня психосоциальной адаптации психиатрических пациентов в процессе арт-терапии происходит за счёт совершенствования навыков саморегуляции, развития способностей самопонимания, укрепления автономии личности, формирования устойчивой системы социальных отношений и интересов [1].

Наш опыт применения групповой арт-терапии в условиях дневного стационара Коми Республиканской психиатрической больницы показывает психотерапевтическую эффективность использования разнообразных техник данного метода. Групповые арт-терапевтические занятия в отделении проводятся медицинским психологом два раза в неделю, длительность одного занятия составляет 1-1,5 часа. Используются следующие формы работы: изобразительная деятельность, музыкальное взаимодействие, танцедвигательная терапия, сказкотерапия, элементы аутогенной тренировки и техники релаксационного характера. Группы являются открытыми, добровольными, смешанными по половому и возрастному признаку, с участием пациентов с различными психическими расстройствами, чаще с шизофренией и депрессивными расстройствами. Все больные, кроме прохождения курса арт-терапии, получают психофармакологическое лечение. Больные с острыми психическими расстройствами в арт-терапевтические группы не включаются. Одновременно на занятии присутствуют не более 10 человек. Завершение работы в группе чаще совпадает с выпиской пациента из дневного стационара.

Выбор арт-терапевтических техник зависит от потребностей группы и корректируется психологом на разных этапах терапевтического процесса с целью активизации пациентов. Арт-терапия является естественным средством самовыражения личности, в связи с этим продукты творчества показывают эмо-



ции, настроения и мысли человека, выражающего себя с помощью рисунка, танца и других видов деятельности. В ходе занятий прослеживается динамика настроения, активности, самоотношения, способов взаимодействия пациентов с психологом и между собой, направленность коммуникации. Динамическая оценка терапии включает в себя текущую клиническую оценку психического статуса пациентов, промежуточную психологическую оценку, письменные отчеты пациентов о изменениях в своем состоянии, оценку изобразительной продукции.

Первые 3-4 занятия посвящены *изобразительной деятельности*, которая позволяет пациентам выражать в художественной форме свои мысли и чувства, связанные, в том числе, со значимыми проблемными ситуациями. Кроме того, рисование способствует прояснению и осознанию пациентами системы своих отношений, включая отношение к самим себе.

Пример использования техники рисования в круге. На рисунке 1, выполненном мужчиной с депрессивной реакцией и нарушением адаптации в результате развода с женой, использованы насыщенные цвета, достаточно сильный нажим карандаша. Пациент прорисовал свои актуальные эмоциональные состояния. На рисунке видно, что эти эмоции яркие, сильные, больше негативные, использованы спирали, круги, туннель. Пациент отмечает, что после зарисовки своего состояния многое понял, осознал, увидел, что среди негативных эмоций есть светлые, позитивные эмоции, которые он не впускает, отталкивает: "Я всё время думаю о прошлом, хожу по кругу, запутал и загнал сам себя в тупик. Нужно видеть больше хорошего. Изображение цветка означает всё хорошее в моей жизни - это дети, работа, надежда, вера в будущее". Пациент высказался, при этом плакал, не скрывая своих чувств от остальных участников группы, в конце занятия отметил, что психологически стало намного легче.



Рис. 1. Рисунок пациента с депрессивной реакцией



Рис. 2. Рисунок пациента с шизофренией

Рисунки больных шизофренией отличаются аморфностью, ограниченным набором цветов, незавершенностью. На рисунке 2 пациент с шизофренией изобразил свои эмоциональные состояния. Одиночество изображено в виде безликого человека, спокойствие в виде одной черты, остальные состояния в виде штриховки, описывает их как "просто отрицательные эмоции". На последующих занятиях пациент более коммуникативно активен и эмоционально открыт.



Другие формы занятия, в отличие от индивидуального рисования, требуют от участников большей активности и свободы в выражении своих чувств, тесное взаимодействие друг с другом. Так как участники уже достаточно знакомы и доверяют другу, группа переходит к таким формам арт-терапевтической работы как групповое рисование, инсценировка сказки, совместная игра на музыкальных инструментах, танцевательные упражнения.

Активная музыкотерапия и танцевательные техники. Занятия направлены на развитие навыков межличностного общения, эмоционального самовыражения. Пациенты выбирают музыкальный инструмент среди предоставленных, с помощью которых происходит взаимодействие между участниками группы. С помощью музыкальных инструментов пациенты выражают свои чувства, рассказывают о себе, ведут диалог, участвуют в групповом проигрывании мелодии. По завершении занятия участники высказывают следующее: "занятие помогло лучше прочувствовать другого человека", "я научилась прислушиваться к собеседнику", "мне всё время хотелось перебить человека, с которым я вела диалог, я ещё раз убедилась, что я лидер по натуре", "у меня поднялось настроение, было весело". Таким образом, можно заключить, что занятия по активной музыкотерапии способствуют повышению самоконтроля, развитию коммуникативных и эстетических функций межличностного взаимодействия, сплочению группы.

На танцевально-двигательных занятиях пациентам предлагается выполнение танцевальной импровизации индивидуально и в паре, группового танца, упражнение на снятие нервно-мышечного напряжения. В ходе и по завершению данных встреч пациенты отмечают улучшение общего самочувствия, повышение настроения, мышечное расслабление.

В заключение можно отметить, что групповая арт-терапия достаточно результативна при психологической реабилитации пациентов психиатрической больницы. Занятия способствуют повышению самопознания и творческого са-



мовыражения. В ходе арт-терапевтических встреч больные отмечают повышение самозначимости, формирование новых интересов, снижение чувства одиночества, пустоты существования. Рисование, танцедвигательная и музыкальная терапия формируют навыки активной саморегуляции, развивают способность выражать чувства и мысли в невербальной форме.

Список литературы:

1. Ионов О. А. *Арт-терапия в комплексной реабилитации психически больных. Автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук.* – Москва: ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 2004. – 28 с.

2. Копытин А.И. *Применение арт-терапии в лечении и реабилитации больных с психическими расстройствами. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. Режим доступа: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer04.php (дата обращения: 15.09.2017 г.).*

3. Луззатто П. *Краткосрочная арт-терапия в остром психиатрическом отделении // Практикум по арт-терапии / под ред. А.И. Копытина.* – СПб.: Питер, 2001. – С. 231-247.

4. Шиховцева Г.Г. *Саморазвитие личности в арт-терапии пациентов психиатрического стационара // Арт-терапия в психиатрической практике: материалы науч.-практ. конф. (Москва, нояб. 2012 г.) / Департамент здравоохранения г. Москвы, психиатр. клинич. больница № 1 им. Н.А. Алексеева, Регион. обществ. орг. «Клуб психиатров» ; под ред. А.Л. Шмиловича, Е.А. Загряжской.* – М. : 4ТЕ Арт, 2012. – 280 с.: ил. – С. 52 - 58.



ПРИНЦИПЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА- КЛИНИЦИСТА

Канина Ирина Владимировна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Ключевые слова: психологическая реабилитация, соматические заболевания, реабилитационные клиники, индивидуальная психотерапия, компетенции психолога.

В настоящее время огромное внимание уделяется реабилитации больных с хроническими соматическими заболеваниями, так как ведение пациентов с патологией в острой стадии обусловлено большими денежными расходами, затрачиваемыми на их восстановление, особенно страдающих отдельными соматическими заболеваниями, а именно, сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, диабетом, бронхиальной астмой, хроническими болями и некоторыми другими [1]. Таким образом психологическая реабилитация призвана помогать людям с хроническими заболеваниями, что поможет уменьшить расходы на восстановление пациентов. Особой целью является возвращение как можно большего числа пациентов к трудовой деятельности.

В связи с обозначенными проблемами существует четкое разделение сфер деятельности психологов различных профилей. Реабилитационные психологи занимаются психологическим состоянием больных с различными хроническими заболеваниями, а также восстановлением интеллектуальной недостаточности или психическими проблемами пациентов, но только если они протекают



на фоне хронических соматических заболеваний. Работу же с ментальными проблемами осуществляют нейропсихологии[2].

Основные запросы, по данным литературы, к психологам в клиниках исходят из отделений неврологии, хирургии и онкологии. Подобная работа здесь носит консультативный характер. В реабилитационных центрах зарубежных клиник работа психолога включена в целостную систему восстановительных мероприятий для пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. Основной целью психологической реабилитации в таких центрах является повышение качества жизни пациентов с соматическими заболеваниями путем изменения их стиля поведения в условиях болезни. Работа с семьей пациента осуществляется за рамками стандартной программы клиники. Существуют отдельные программы повышения компетенции родственников пациентов в области психологического отражения заболевания. Это происходит в виде ежемесячных лекций для родственников пациентов на базе реабилитационного центра.

Особенное внимание уделяется процессу индивидуальной психотерапии, учитываются профессиональные возможности и социальные проблемы пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. Таким образом, индивидуальная психотерапия в условиях реабилитационного центра направлена на изменение стиля жизни пациента в условиях хронического заболевания, активизацию его здоровых ресурсов, повышение жизненной мотивации. Также возможно проведение ряда групповых встреч, в процессе которых обсуждаются различные темы, отражающие проблемные ситуации людей с соматическими заболеваниями (например, проблемные ситуации на производстве, связанные с наличием заболевания). На групповых занятиях участникам рассказывают, как распознать стрессовое состояние и что делать при стрессе, как повысить качество жизни, несмотря на хроническое заболевание. Помимо этого проводятся тренинги социальной компетенции и индивидуально подобранные релаксаци-



онные методики. Наряду с тренингами проводят групповые занятия в форме лекций по отдельным узкоспециальным темам, например, как бросить курить или как справиться с ожирением.

Таким образом, можно сделать ряд выводов о том, что система здравоохранения захватывает широкий круг пациентов, включая людей с нарушениями слуха и зрения, ментальными проблемами, психическими заболеваниями, нарушениями опорно-двигательного аппарата и важной задачей врача-клинициста является вовремя распознать психологическую проблему и найти правильный путь ее ликвидации.

Список литературы:

1. *Ряховская М. В., Жаворонкина Н. А. Организация психологической службы в реабилитационном учреждении // Детская и подростковая реабилитация. 2003.*
2. *Юнусов Ф. А., Гейзер Г., Микус Э. Основы зарубежного опыта медико-социальной реабилитации // Современные технологии реабилитации в педиатрии. Т. 3 / Под ред. Е. Т. Е. Т. Лильина. М., 2012*



ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Кемяшова Полина Николаевна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: виктимность, виктимное поведение, студенты, юношеский возраст.

В современном обществе наблюдается сложность и нестабильность. Негативные процессы, происходящие в социуме, обуславливают неизбежный рост рисков виктимизации населения. Это важно, в частности, для студенческой молодежи, отличающейся наивысшей социальной активностью, а также интенсивно протекающим процессом развития интеллекта и личности в целом. В подобных условиях остро встает проблема профилактики виктимного поведения в юношеском возрасте. Потребность в разработке необходимых превентивных мероприятий для предупреждения виктимизации молодых людей выводит в фокус всеобщего внимания необходимость тщательного изучения особенностей виктимного поведения и его детерминант, в частности у лиц юношеского возраста.

Таким образом, юношеский возраст связан с выбором жизненного пути, жизненной позиции, с активным формированием личности в целом, что во многом определяет особенности поведения. В связи с этим представляется важным изучение особенностей виктимного поведения студенческой молодежи.

Виктимология – это развивающееся комплексное учение о лицах, находящихся в кризисном состоянии (жертвах преступлений, катастроф, различных форм насилия и др.), и мерах помощи таким жертвам [3]. Решая задачи широкого спектра, виктимология, наряду с изучением жертвы (как лица, которому ин-



дивидуально или коллективно был нанесен материальный, моральный или другой вред общественно опасными действиями), виктимности, виктимизации, исследует собственно виктимное поведение. Последнее понимается, как предпосылка виктимизации, как поступки или действия человека, так или иначе провоцирующие причинить ему какой-либо вред [5].

Таким образом, очевидна необходимость более полного изучения конкретной личности на предмет выявления таких внутренних психологических личностных особенностей, которые могут оказаться причинами виктимного поведения, и при определенных внешних обстоятельствах могут реализоваться в таком поведении. Такая тенденция переориентации на более психологизированную виктимологию начинает отображаться в современных исследованиях, посвященных виктимности и виктимному поведению.

Анализ исследований последних лет показывает, что в настоящее время исследователями изучаются преимущественно психологические характеристики подростковой возрастной группы, обуславливающие их виктимность. В частности в исследовании С.А. Фалкиной рассматриваются психологические характеристики подростков, склонных к виктимному поведению в Интернет-сети [8]. В исследовании О.Б. Бовть изучаются стратегии поведения в конфликте подростков с разным типом виктимного поведения, в результате чего разработаны рекомендации по профилактике виктимного поведения детей и подростков [2]. В одном из исследований О.О. Андронниковой рассматривается самоповреждающее виктимное поведение подростков, в результате чего выделены пять типов подростков с суицидальным поведением и дана их характеристика [1].

Исследованию особенностей виктимности юношеской возрастной группы в настоящее время посвящено малое количество исследований. Однако отмечается, что трудные жизненные ситуации, с которыми сталкивается современный молодой человек, могут обладать виктимогенным воздействием и приводить к



виктимизации личности [4].

Анализ современной психологической литературы показал, что личности в юношеском возрасте присущи социально-психологические особенности, детерминирующие склонность к виктимному поведению. В результате психологических исследований доказано, что юноша с такими личностными особенностями как неадекватная самооценка, высокий уровень тревожности и агрессивности, эмоционально-волевая неустойчивость, «готов» стать жертвой насилия [6]. Таким образом, студенческая молодежь имеет повышенную виктимность, вызванную возрастом и соответствующей ему активностью и кроме того, повседневная жизнь молодых людей протекает в среде с повышенной виктимогенностью, обусловленной особенностью стиля жизни студенчества.

В исследовании на тему психологической основы виктимного поведения личности в юношеском возрасте авторы Л.С. Стуколова и Н.С. Волкова определяют особенности личности молодежи, как детерминанты склонности к виктимному поведению. В выводах авторы заключают, что основным фактором, детерминирующим склонность к виктимному поведению, является неадекватный уровень самооценки, что в свою очередь может вести к неадекватному типу самоутверждения или отказу от него. Кроме того, отмечается, что юношеский возраст, в силу его психологических особенностей, является фактором способствующим повышению риска виктимизации.

Т.В. Шипунова провела пилотажное исследование гендерных особенностей сексуальной виктимизации студенческой молодежи, по результатам которого удалось установить, что в студенческой среде широко распространена сексуальная виктимизация как девушек, так и юношей; студенческой молодежи присущи некоторые личностные характеристики виктимной предрасположенности [4].

В одном из современных исследований, посвященном исследованию структуры внутриличностных детерминант юношей и девушек разного виктим-



ного типа методом факторного анализа, выявлены значимые различия внутриличностных детерминант между гипервиктимными, средневиктимными и невиктимными юношами и девушками. Выявлено, что личностные детерминанты юношей и девушек из гипервиктимных и невиктимных групп плохо структурированы, конфликтны, хаотичны. Структура средневиктимной личности наиболее компактна и гармонична. Каждая группа так или иначе содержала в числе факторов смысложизненные ориентации, однако гипервиктимные – единственная группа, в которой фактор смысложизненных ориентаций выходит на первое место. Таким образом в исследовании сделан вывод о том, что в смысловой сфере гипервиктимных личностей самыми важными являются их смысложизненные ориентации[7].

Таким образом, теоретический обзор современных исследований особенностей виктимного поведения студентов позволяет сделать следующие выводы:

- студенческая молодежь, находящаяся на переходном жизненном этапе и характеризующаяся развитием внутренней позиции, самосознания, обладает специфической склонностью к виктимному поведению и имеет особый риск виктимизации;
- виктимность и склонность к виктимному поведению определяются как объективными факторами внешних условий, так и внутренними личностными факторами;
- исследования виктимологических особенностей на современном этапе направлены на выявление возможных детерминант и факторов виктимности и виктимного поведения, выявляется значимость смысловой сферы личности, для лиц, склонных к виктимному поведению;
- в настоящее время возникает потребность развития «психологической» виктимологии, занимающейся выявлением полного спектра личностных предпосылок виктимного поведения для осуществления профилактики виктимизации.



Список литературы:

1. Андронникова О.О. *Психологические факторы возникновения виктимного поведения подростков: автореф.дис. ... канд. психол. наук. Новосибирск. – 2005. – 16 с.*
2. Бовть О.Б. *Взаимосвязь стратегий поведения в конфликте с типом виктимного поведения подростков // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. – 2015. – №3. – С. 262-265.*
3. Голубь М.С. *К вопросу о трактовке основных понятий и категорий педагогической виктимологии // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2015. – № 1. – С. 9-15.*
4. Классен Н.О. *Стиль жизни студенческой молодёжи и сексуальная виктимизация / Н.О. Классен, Т. В. Шипунова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Социология. – 2013. – № 2. – С. 166-174; [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/stil-zhizni-studencheskoy-molodyozhi-i-seksualnaya-viktimizatsiya> (21.04.2017).*
5. Одинцова М.А. *К вопросу об исследованиях проблемы жертвы в психологии // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2011. – С. 28-31; [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-issledovaniyah-problemy-zhertvy-v-psihologii> (21.04.2017).*
6. Стуколова Л.С. *Психологические основы виктимности личности в юношеском возрасте / Л.С. Стуколова, Н.С. Волкова // Символ науки. – 2016. – № 7. – С. 124-126.*
7. Субботина Р.А. *Исследование структуры внутриличностных детерминант юношей и девушек разного виктимного типа / Р.А. Субботина, Г.Г.*



Башанаева // Общество: социология, психология, педагогика. – 2016. -№2. – С. 14-23.

8. *Фалкина С.А. Психологические характеристики подростков, склонных к виктимному поведению в интернет-сети // Перспективы науки и образования. – 2014. – №1. – С. 230-236.*



ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОИЗВОЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Кириллова Дарья Сергеевна

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Ключевые слова: временная перспектива, алкогольная зависимость, произвольная саморегуляция.

Алкоголизм – это проблема, которая на протяжении многих лет не теряет своей актуальности. Помимо того, что употребление алкоголя вызывает стойкую зависимость, оно так же является причиной для разного рода патологических состояний. К нарушениям, связанным с употреблением алкоголя можно отнести и нарушение восприятия времени.

Временная перспектива личности, рассматривается как совокупность причинных и целевых связей между событиями прошлого, настоящего и будущего[3].

Жизненный путь и отдельные деяния личности обладают некоторыми производными свойствами – субъектностью, активностью и гетеростатичностью. Субъектность жизненного пути подразумевает активное вмешательство личности в естественный ход жизненных событий с тем, чтобы упорядочить их так, как того требуют жизненные ценности и смыслы. Активность обнаруживается в том, что личность самостоятельно инициирует, изменяет и прекращает реализацию определенных перемен в своей жизни. Гетеростатичность означает то, что личность по ходу жизненного пути стремится с максимальной полнотой материализовать смысл жизни и преобразить свою судьбу [1].



Саморегуляция это внутренняя целенаправленная активность человека, которая реализуется за счет системного участия различных явлений и уровней психики [2].

Целенаправленная осознанная регуляция является одним из важнейших компонентов реализации внутренне детерминированной активности субъекта. При этом субъектное развитие и субъектное бытие человека определяются в первую очередь формированием и развитием тех сторон и качественных особенностей глобального феномена саморегуляции, которые детерминируют его стержневую, сущностную характеристику – общую способность к самостоятельному осознанному построению регуляции в новых видах и формах деятельности, способность к продуктивной творческой самодеятельности [5].

Проблема связи состояния зависимости и особенностей произвольной саморегуляции могут быть рассмотрены с точки зрения механизма возникновения зависимости.

Механизмами возникновения зависимости выступают механизм снижения произвольной саморегуляции и механизм разбалансированности системы саморегуляции [4].

Процесс возникновения состояния зависимости обусловлен снижением процессов произвольной саморегуляции и качественно иным стилем их протекания – разбалансированным. Употребление алкоголя препятствует нормальному функционированию личности человека, снижает способность к разработке способов и достижению жизненных целей. В результате чего на первых стадиях алкогольной зависимости к человеку периодически приходит раскаяние, чувство досады, направленное на алкоголь как объект зависимости [4].

В соответствии с этим дефицитарность переживаний психических состояний в поле субъект–субъектных отношений, характеризующих систему отношений личности, приводит к возникновению состояния зависимости, которое строится в субъект–объектной системе координат. В субъект-объектной на-



правленности отношений место «значимого другого» занимает «значимое другое» – объект, что является организационным завершением процесса формирования состояния зависимости [4].

Цель исследования: выявление взаимосвязи между произвольной саморегуляцией и временной перспективой личности при состоянии алкогольной зависимости.

В ходе исследования были использованы следующие методики:

1. Методика Событийной реконструкции временной перспективы личности (Никишина В.Б., Петраш Е.А., Кузнецова А.А.).

2. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (Моросанова В.И.).

Характеристика экспериментальных групп: в ходе исследования были сформированы две группы: экспериментальная и контрольная. В экспериментальную группу вошли пациенты (мужчины) ОБУЗ «Курская наркологическая больница», в возрасте от 25 до 50 лет, со стажем заболевания от 1 до 13 лет.

В контрольную группу вошли мужчины и женщины, проходившие профосмотр на базе ОБУЗ «Курская наркологическая больница», в возрасте от 25 до 50 лет с заключением «здоров».

В результате исследования было обнаружено следующее:

при исследовании особенностей построения временной перспективы было обнаружено, что для экспериментальной группы больных с алкогольной зависимостью характерны низкие показатели относительных размеров прошлого, настоящего и будущего; объема событийного пространства в целом, интегрированности событийного пространства прошлого, низким является, так же положительный вектор событийной направленности и критерий системообразующего события. В сравнении с нормативными показателями низкой является хронологическая протяженность временной перспективы, однако показатели контрольной группы по этому критерию так же оказались ниже нормативных. Ста-



тистически значимыми являются различия по критерию интегрированности событийного пространства прошлого.

при исследовании особенностей произвольной саморегуляции было выявлено:

для группы с состоянием алкогольной зависимости характерен средний уровень общего уровня саморегуляции, моделирования, оценки результатов и самостоятельности. Показатель «Самостоятельность» в экспериментальной группе больных с состоянием алкогольной зависимости выше, чем в группе здоровых. Это говорит о наличии автономности в организации активности больных с алкогольной зависимостью. Так же, это может говорить о малой направленности на окружающих, игнорирования мнения близких людей.

По показателям «Общий уровень саморегуляции» средние значения в экспериментальной группе значимо ниже, чем в контрольной. Это говорит о том, что больные с алкогольной зависимостью более зависимы от ситуации, способность компенсации неблагоприятных для достижения поставленных целей особенностей личности; потребность в осознанном планировании и программировании собственного поведения не осознается, сформированность процессов моделирования слаба, неадекватна оценка значимых внутренних условий и внешних обстоятельств, что может проявляться в фантазировании. Больные со сниженными показателями по шкале «Моделирование» могут испытывать трудности в определении цели и программы действий, не замечать своих ошибок. Анализ этих данных позволяет сделать предположение о некритичном отношении к собственным действиям у больных с алкогольной зависимостью.

Система произвольной саморегуляции при состоянии алкогольной зависимости связана с отношением количества событий прошлого и объемом событийного пространства. Обратная связь между количеством событий прошлого и показателем «Планирование» свидетельствует о рассогласовании временной перспективы и процесса саморегуляции: чем выше уровень планирования,



тем меньше опознается событий прошлого. Возникает противоречие, так как процессу планирования в большей степени соответствует событийное пространство будущего. Процессом, относящимся к прошлому, является контроль, который, в нашем случае, не имеют значимых связей.

Таким образом, в ходе проведенного исследования, была выявлена взаимосвязь между произвольной саморегуляцией и временной перспективой личности при состоянии алкогольной зависимости, которая свидетельствует об их рассогласованности. Рассогласованность временной перспективы и процессов саморегуляции проявляется в наличии обратной связи между насыщенностью событийного пространства прошлого и процессами планирования: чем выше уровень планирования, тем меньше опознается событий прошлого, что является противоречием, так как процессу планирования соответствует событийного пространство будущего, а событийному пространству прошлого – процесс контроля деятельности.

Список литературы:

1. Карпинский К.В. Психология жизненного пути личности: Учеб. пособие / К21 К.В. Карпинский. – Гродно: ГрГУ, 2002. – 167 с.
2. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности. М.: Наука, 1980
3. Никишина В.Б. Апробация методики событийной реконструкции временной перспективы личности / В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, А.А. Кузнецова // Вопросы психологии. - 2015. - № 2 - С. 140-148.
4. Никишина В.Б. Психологические механизмы трансформации зависимости: монография / В.Б. Никишина, И.В. Запесоцкая. – КГМУ, 2011. – [Электронное издание] – Рег. Свидетельство №22184, дата регистрации 12 мая, 2011г.



5. *Осницкий А.К., Бякова Н.В., Истомина С.В. Исследование развития осознанной саморегуляции в период выбора и освоения профессии // Психологические исследования. 2012. № 2(22). С. 11. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 15.10.2017). 0421200116/0023.*



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Климашина Мария Сергеевна

ФГБОУ ВО ТГУ им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Россия

Ключевые слова: внимание, задержка психического развития, коррекция.

Общеизвестно, что внимание характеризует динамику любого психического процесса; это тот фактор, который обеспечивает избирательность протекания любой психической деятельности [3]. Именно внимание является одной из важных предпосылок всех видов сознательной деятельности.

Однако не всегда внимание формируется в соответствии с нормами развития. Так при таком виде дизонтогенеза как задержка психического развития отмечается замедление темпа созревания произвольного внимания [1].

В этой связи нами было проведено исследование особенностей развития внимания у детей с задержкой психического развития (ЗПР). В исследование в качестве испытуемых принимало участие 20 детей в возрасте 5-6 лет, из которых у 10 имелся диагноз – задержка психического развития и 10 здоровых детей (контрольная группа). Для исследования внимания были использованы следующие психологические тесты: субтесты «Лабиринты» и «Найди такую же картинку», методика «Найди и вычеркни» и тест Пьерона-Рузера. Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы IBM SPSS Statistics 20.

Анализ полученных результатов с помощью U - критерий Манна-Уитни выявил статистически значимые различия ($p < 0,05$) по таким шкалам как: субтест «Найди такую же картинку», методика «Найди и вычеркни».



Результаты теста «Найди такую же картинку», показали, что дети с задержкой психического развития справляются с заданием хуже, чем нормально развивающиеся дошкольники (рис. 1).

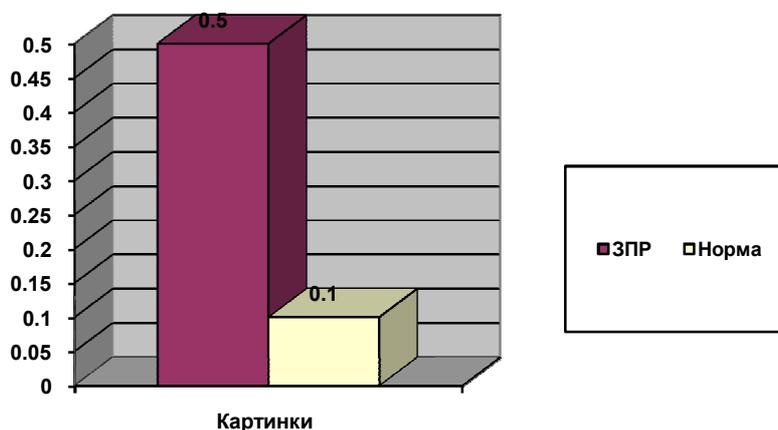


Рис. 1. Сравнительный анализ результатов методики «Найди такую же картинку»; ЗПР – дошкольники с задержкой психического развития, Норма – дети с нормальным психическим развитием

У детей с ЗПР отмечается низкий уровень целенаправленности внимания, сосредоточенности на определенном круге предметов. Быстро наступающая истощаемость, приводит к появлению и увеличению количества ошибок, что в свою очередь снижает мотивацию ребенка, вследствие чего возникает отказ от выполнения деятельности. Наблюдается повышенная отвлекаемость на окружающие звуки, зрительные стимулы, детали собственной одежды и т.п.

По результатам теста, в целом, у детей с ЗПР отмечается дефицит сосредоточенности, который проявляется в поведении ребенка в виде рассеянности, дезорганизованности, неспособности запоминать инструкцию и задания. Очевидно, что ошибки чаще возникают из-за невнимательности, чем из-за недостатка понимания материала.



Сравнительный анализ средних показателей, полученных по методике «Найди и вычеркни» показал, разную степень продуктивности и устойчивости внимания у дошкольников, имеющих разный тип психического онтогенеза (рис. 2).

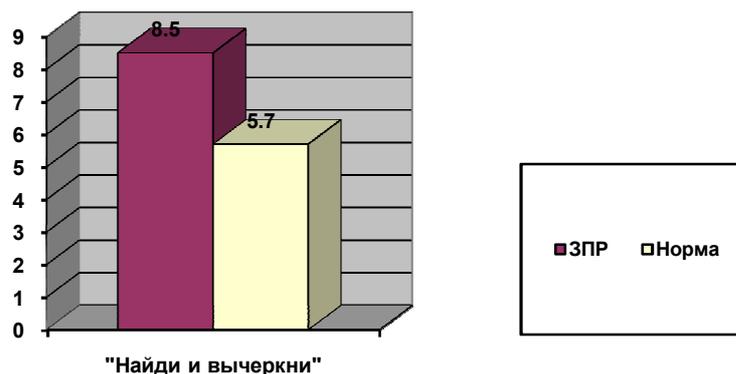


Рис. 2. Сравнительный анализ результатов методики «Найди и вычеркни»; ЗПР – дошкольники с задержкой психического развития, Норма – дети с нормальным психическим развитием

Так при выполнении методики «Найди и вычеркни» дети с задержкой психического развития, в отличие от нормально развивающихся детей, проявляют такую особенность в стратегии выполнения задания как: просмотр стимульного материала не слева направо и сверху вниз, а в хаотичном порядке (сверху сразу вниз, пропуская середину, в некоторых случаях справа налево).

Таким образом, выявленная неустойчивость и колебание внимания у детей с ЗПР, приводит к значительным трудностям при выполнении заданий, требующих постоянного контроля. Известно, что интенсивность и длительность любой психической деятельности невозможна без сосредоточения произвольного внимания. Ранние проведенные исследования, связывают эту особенность с незрелостью нервной системы [2].



Данный факт определил необходимость проведения коррекционных занятий с детьми страдающими задержкой психического развития. Для проведения коррекционно-развивающих занятий мы использовали метод функционального биоуправления. Для этого нами использовался программно-индикаторный комплекс для обучения диафрагмальному дыханию и навыкам психофизиологической саморегуляции по методу БОС (программно-индикаторное устройство модель «Волна-03-М»). Занятия проводились индивидуально, и строились на основе формирования навыка диафрагмально-реберного дыхания. С каждым ребенком было проведено 12 сеансов по 10 минут каждый.

Для оценки результативности сеансов использовался показатель «% закрепления» (рис. 3). Данный показатель отражает коэффициент закрепления навыка управления дыханием (насколько ребенок освоил метод).

Результаты значения графика «Закрепление», указывают на увеличение коэффициента закрепления навыка управления дыханием, что демонстрирует эффективность обучения навыкам диафрагмально-реберного дыхания.

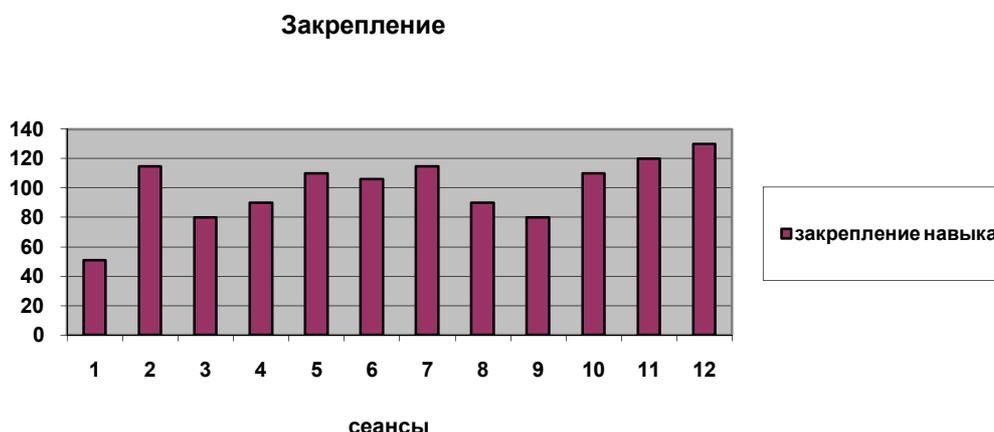


Рис. 3. Средние значения закрепления навыка управления дыханием у детей с ЗПР

После проведения коррекционных занятий, нами было повторно проведена диагностика показателей внимания. Анализ полученных результатов с помощью критерия Т - Уилконсона выявил статистически значимые различия



($p < 0,05$) по таким шкалам как: субтест «Найди такую же картинку», методика «Найди и вычеркни».

Как показали результаты метода «Найди такую же картинку», у детей с ЗПР улучшились показатели уровня целенаправленности внимания, и способности к сосредоточению (рис.4). Положительная динамика результатов с 4,7 до 8,5 баллов отмечена по методике «Найди и вычеркни».

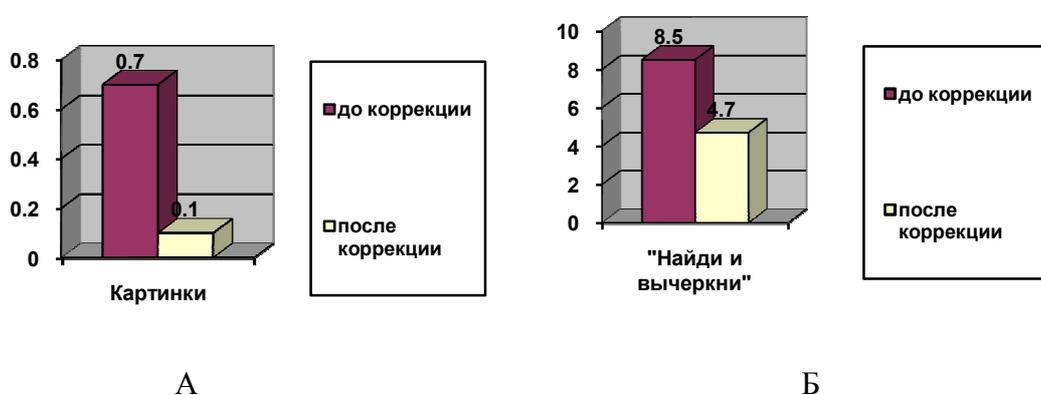


Рис. 4. Сравнительный анализ результатов методики «Найди такую же картинку» (А) и «Найди и вычеркни» (Б) у детей с ЗПР после коррекционных занятий

У детей с ЗПР после проведения коррекционных занятий, улучшилась продуктивность и устойчивость внимания, а также отмечается увеличение продолжительности удержания внимания на объекте, что очень важно для дальнейшего успешного обучения в школе.

Таким образом, применение в коррекционно-развивающей работе функционального биоуправления является эффективным средством, способствующим качественным и количественным изменениям в процессе формирования внимания как высшей психической функции.

Список литературы:



1. Кузнецова Л.В., Перслени Л.И, Солнцева Л.И: Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. Заведений М.: Издательский центр «Академия», 2003.

2. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. М.: Генезис, 2012.

3. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. СПб.: Питер, 2015.



СТРУКТУРА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Князева Мария Константиновна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: детская онкология, психоонкология, структура семьи, диада «мать-ребенок», эмоциональный контакт.

Благодаря современной медицине увеличилась продолжительность жизни детей с онкологическими заболеваниями, а у значительной их части удается добиться практического выздоровления. По данным детских онкологов число лиц, излечившихся в детском возрасте от онкозаболевания, имеет возрастающую динамику. Благодаря разработке и внедрению в практику единых стандартов лечения, привели в Российской Федерации к достижению 70–95% выживаемости при целом ряде заболеваний. Убедительность данных о полном выздоровлении многих пациентов ставит вопрос о возможности полноценной жизни, создания семьи и рождения детей у этой категории бывших пациентов. Таким образом, достаточно остро встает вопрос о качестве жизни после перенесенного онкозаболевания, восстановлении физического и психического здоровья.

Несмотря на гигантский прогресс в развитии психоонкологии в России, к сожалению, психосоциальная поддержка все еще не является обязательной при уходе за пациентами с онкологическими заболеваниями и остается доступной далеко не всем. Насущной потребностью является стандартизация в России международных моделей психотерапевтической помощи онкологическим пациентам, а также программ реабилитации на различных этапах лечения. [6]



В онкологической клинике психолог сталкивается с такими задачами как помощь адаптации в ситуации онкозаболевания, переживания травмирующего опыта больного. Так же нужна помощь и матерям, которые находятся в подавленном или возбужденном состоянии. Помимо этого, родители нуждаются в обучении новым способам общения и взаимодействия с ребенком с учетом состояния здоровья и актуальных психологических возможностей. Нужно переводить фокус внимания матери с процесса лечения на процесс детско-родительского общения и взаимодействия, а также на постепенно возникающие у ребенка потребности во впечатлениях, в общении, познании, и др.[1]

Семья выполняет важную функцию – это психотерапевтическую, которая выражается в том, что именно близкие люди могут полностью принимать тебя таким, какой ты есть, проявлять эмпатию. Именно в семье тебе помогут снять эмоциональное напряжение. В семье мы обретаем защиту, психологический комфорт, что придает нам уверенности в достижении поставленных целей. Однако в психотравмирующей ситуации, связанной с тяжелой болезнью ребенка, родителям нужна помощь в выполнении этой функции. Ведь болящему ребенку на наш взгляд выполнении этой функции требуется больше всего.

Большое отрицательное влияние на адаптацию у родителей играет «медицинский стресс», который чаще всего проявляется в симптомах расстройства адаптации, что препятствует продуктивному контакту с медицинским персоналом. Такие проявления требуют особого внимания и анализа нарушения терапевтического контакта. [4]

Так исходя из исследования (Богуславская В.Ф, Гришина А.В, Коленова А.С). Можно отметить, что показатели по шкалам «способность воспринимать состояние», «понимание причин состояния», «умение воздействовать на эмоциональное состояние ребенка» свидетельствует о приближении данных шкал к дефицитарному порогу. Можно говорить о том, что матери больных детей при эмоциональном взаимодействии со своим ребенком испытывают трудности в



восприятию состояния своего чада, и, следовательно, им сложнее понимать причины того или иного состояния своего ребенка. При этом им тяжело воздействовать на эмоциональное состояние ребенка. Данные проблемы можно объяснить самой спецификой заболевания и особенностями его лечения, ведь у детей после химиотерапии возникают проблемы с гормональным фоном, что влечет за собой частые смены настроения, внезапные капризы. Отмечают, что показатели по шкале «ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия» ниже критериальной нормы. Низкие значения можно объяснить тем, что ребенок, находящийся в условиях онкологического диспансера, часто может «мешать» процессу спасительного лечения (капризничать, отказываться от болезненных процедур и т. д.). Матери в такие моменты не просто не входят в положение своего чада, но и всеми способами пытаются повлиять на своего ребенка, не учитывая его пожелания и состояние. [2]

Проведенное Хаин А.Е исследование показало, что уровни приспособления подростков и родителей в процессе лечения связаны и влияют друг на друга, а также влияние характеристик совладания родителей на эмоциональный дистресс и приспособление к требованиям лечения у подростков. Таким образом, результаты исследования подтверждают важность учета родительских и семейных взаимоотношений в процессе адаптации к стрессу, связанному с тяжелым заболеванием и лечением, а также необходимость применения семейного подхода в психологическом сопровождении лечения. На данный момент мы можем говорить, что особенности понимания специфики возникшего заболевания и необходимых требований/ограничений, связанных с его лечением, качество коммуникации между родителем и ребенком, и медицинским персоналом оказывают влияние на соблюдение семьей лечебных рекомендаций, как во время, так и после интенсивного этапа терапии, на качество жизни в целом. [5]

В исследовании «Комплексной реабилитации детей с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии» проведенном в России в 2008г. Досимовым А. Ж.



было выявлено следующее. У 947 (87,4%) детей с ОЛЛ в ремиссии наблюдались сопутствующие заболевания и последствия противоопухолевой терапии. При этом физическое развитие детей с ОЛЛ в ремиссии 214 (76,2%) больных, соответствует условной норме. Установлено, что у 94 3% детей в периоде ремиссии ОЛЛ качество жизни по общему коэффициенту соответствует уровню здоровых детей. Идентичное количество пациентов не отличались от здоровых сверстников по физической активности. Несколько меньшее количество детей с ОЛЛ в ремиссии (81,5%) не испытывало физической утомляемости и трудностей в обучении (77 8%). Основной проблемой данного контингента детей связанной с качеством жизни является низкая (у 81,5% пациентов) внутренняя и внешняя идентификация здорового ребенка, что определяет необходимость целенаправленной психотерапевтической коррекции. В своей работе он выделил следующие личностные особенности детей ОЛЛ в ремиссии, это самооценка детей, страдающих ОЛЛ, выше самооценки здоровых сверстников по таким показателям как «Здоровье», «Авторитет среди сверстников», «Внешность». Возможно, жизненный опыт детей, связанный с преодолением тяжелого и длительного заболевания, позволяет пациентам с ОЛЛ считать себя более здоровыми, авторитетными и красивыми среди сверстников. Оценка критериев происходит в сравнении с личным опытом, а не в сравнении с другими детьми. [3]

После проведенного теоретического и исследовательского обзора, проблемы семейных взаимоотношений в которых освещается эмоциональный контакт матери с ребенком и способность адаптации, нами было проведено исследование структуры семейных отношений в семьях онкологических больных.

Исходя из приведенных выше исследований можно сделать вывод о том, что работа клинического психолога в отделении онкологии должна быть направлена не только на ребенка, который находится в травмирующей ситуации, но и на родителей, которые в первую очередь должны оказывать поддержку ребенку и помогать в адаптации и адекватному становлению образа болезни. Ис-



ходя из тяжести заболевания травмирующее событие распространяется на близких людей и искажает понимание своих эмоциональных реакций и реакций своего ребенка.

Список литературы:

1. Бушлаева А.С., Венгер А.Л., Лазуренко С.Б. *Задачи психологической помощи тяжело больному ребенку и его родителям // Культурно-историческая психология. 2016. Т. 12. № 1. С. 56—65.*

2. Богуславская В.Ф., Гришина А.В., Колонова А.С., *Влияние призмы трансформации матери на эмоциональные особенности взаимодействия с онкобольным ребенком // Психофизиология и клиническая психология. – Северо-Кавказский психологический вестник, 2014. - №12/4. – С. 40-45.*

3. Досимов А.Ж. *Медико-социально-психологический статус и результаты комплексной реабилитации детей с острым лимфобластным лейкозом в ремиссии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2008. – 27с.*

4. Корень Е.В. Масихина С.Н. *Психопатологические и психосоциальные аспекты «медицинского стресса» у родителей детей с онкологическими заболеваниями в период лечения в стационаре // Социальная и клиническая психиатрия. – М.: 2016. – Т.26. - №2. – С. 14-22.*

5. Хаин А.Е. *Индивидуальные и семейные факторы психологической адаптации подростков с онкогематологическими заболеваниями к лечению методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток // Консультативная психология и психотерапия. – М.: МГППУ, 2017. – Т.25. - №2. – С. 94-114.*

6. Яровая Е.Г. *К проблеме психолого-социального сопровождения онкологических больных // Консультативная психология и психотерапия. – М.: МГППУ, 2014. - №1. – С. 178-196.*



ПРОГРАММА ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ – МЕДИКАМИ В ПЕРИОД КРИЗИСА ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ

Коваль Виктория Александровна, Сысоева Ольга Владимировна
ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск, Россия

Ключевые слова: психокоррекция, психологическая помощь, кризис, адаптация, эмоциональное отреагирование, рефлексия.

По мнению многих авторов, в периоде обучения можно выделить три основных критических периода, которые приходятся у студентов-медиков на первый, четвёртый и шестой курсы [1]. Студенты сталкиваются с тремя ситуациями эмоционального и когнитивного стресса, требующими значительного изменения представлений о мире и собственном «Я». Это кризис начала обучения в вузе, характерный для первокурсников, кризис середины обучения и кризис выпускника. На разных этапах обучения в высших учебных заведениях, переживая несколько кризисных периодов, студенты нуждаются в разносторонней психологической помощи.

Так для первокурсников в период так называемого «кризиса пересадки корней», наиболее актуальной проблемой является адаптация к условиям вуза, вхождения в новую социальную среду, требующую усвоения помимо учебного материала, ещё и усвоение новых норм поведения, преодоление трудностей в установлении межличностных взаимоотношений в группе. Деятельность студента медицинского вуза, особенно на первых курсах, по содержанию является экстремальной, поскольку приходится запоминать большой объем информации и медицинской терминологии на латинском языке. В короткие сроки необходимо выработать новые способы самообучения, профессионального и мораль-



ного поведения [2]. На первом курсе происходит изменение социальной роли обучаемого, корректировка потребностей и системы ценностей, возникает необходимость более гибко регулировать своё поведение, приспособившись к более жёстким требованиям высшей школы, устанавливать взаимоотношения в новом коллективе; иногородним — обустроить быт. «Кризис» и «адаптация» - неразрывные понятия. Ведь адаптация является следствием преодоления кризиса, а кризис - следующим этапом развития личности. Эти два этапа становления индивида в течение его жизни постоянно сменяют друг друга, стимулируя развитие личности. Математическим языком взаимосвязь данных понятий на протяжении жизни человека можно изобразить в виде синусоиды.

Попадая в кризис, человек дезориентируется в пространстве собственной жизни. Он как будто теряет точку опоры, и все его попытки восстановить прежний ход вещей оказываются бесполезными. Таким образом, он добирается до так называемой «нижней точки» кризиса, когда система, функционировавшая ранее, окончательно и бесповоротно исчезла, а новая еще не образовалась. В тоже время, находясь якобы в центре некоего хаоса, посреди темной комнаты без единого источника света, человек не бездействует, а продолжает совершать некие действия.

Одним из таких переходных этапов есть адаптационный кризис студентов первого года обучения, который молодые люди переживают, поступив в ВУЗ. Ведь в отличие от школьной учебы, контролируемой учителями и родителями, в институте, колледже или университете студенты должны полагаться лишь на себя, а основной объем знаний добывать не на лекциях, а во время самостоятельной работы в библиотеке, компьютерном классе и тому подобное. В то же время студент-первокурсник находит новых друзей, меняет свои интересы, образ жизни. На кризис первого года обучения накладывается также и возрастной, смысловой, личностный кризисы, которые в совокупности и могут привести студента-первокурсника к «нижней точке» [3].



Адаптация студентов к учебному процессу (по данным изучения регуляторной функции психики) заканчивается в конце 2-го - начале 3-го учебного семестра.

Кризисы нельзя игнорировать, не замечать. Уход от них грозит человеку профессиональной дезадаптацией, крушением профессиональных надежд, несостоятельностью профессиональной биографии [4].

Для того, чтобы помочь первокурсникам преодолеть кризис эффективно и благоприятно выйти из него, мы провели со студентами ряд психокоррекционных методов, включающих в себя арт-терапевтические техники, техники эмоционального отреагирования, с использованием мандальных проформ и метафорических карт. Данные методы проводились в рамках дисциплины «Психология профессий».

Психокоррекционные методы:

№1. Тренинг по теме профессионального становления и преодолению профессионального стресса «Колесо личного благополучия».

Процедура предполагает визуализацию и метафорическое представление, во – первых: жизненного пути в процессе профессионального становления, во – вторых: метафорический выбор типа профессиональной деятельности путём выбора мандальной проформы, каждая из которых характеризует вид профессии: 1 – Человек – Человек, 2 – Человек – техника, 3 - Человек – знаковая система (классификация по Е. А. Климову). В процессе тренинга студенты красят мандальные проформы, с помощью метафорических карт ищут своеобразные «выходы» из кризиса, анализируют (с помощью психолога) своё сегодняшнее состояние, насколько успешно они справляются с процессом адаптации, задают вопросы.



№2. Проведение занятия - тренинга (профорориентационной игры) «Сотворение мира».

Цель: творческое самораскрытие участников и повышение их компетентности в области социальной адаптации в процессе поиска работы. Это вид группового тренинга, способствующий самовыражению каждого, возможности высказать каждому члену группы свои желания, попытаться договориться с группой о своих предпочтениях. Студенты создают «мир» (с помощью инструментария, а именно: метафорически с помощью рисунков, изображений), где комфортно жить, удовлетворяя свои потребности: пища, еда, развлечения, и в то же время «государства в мире» должны сообща помогать друг другу в вопросах импорта и экспорта. Государства в мире - это группы студентов, которые располагаются относительно друг друга на своём курсе; импорт и экспорт - это пути, способы взаимодействия людей в группах. Через метафору мы ищем решения вопросов, проблем, альтернативные способы общения, а также осуществляются рефлексия и инсайт.

№3. «Автобиографический метод. Биографическая анкета»

Цель занятия: психологическая проработка и эмоциональная рефлексия жизненного пути личности. Программа опирается на авторскую разработку тренинга **Сысоевой О. В.** с целью психологической помощи в профессиональном становлении; авторскую разработку Сысоевой О.В. модификации тренинга «Сотворение мира».

Задачи: психологическая проработка, «пережевывание и проглатывание» (цит. Шутценбергер) жизненных травматичных воспоминаний и событий в прошлом, влияющих на жизнь и личность сейчас; эмоциональное отреагирование, «выход» застоявшихся эмоций.



Актуальность: предметом биографического метода является жизненный путь человека, в процессе которого формируется личность, происходит сложный процесс становления индивида, его приобщение к общественным нормам, формирование готовности к выполнению различных ролевых функций, выработка индивидуальных ценностей, мировоззрения, характера и способностей человека. Основными источниками биографических данных являются: официальные биографические документы (характеристики, автобиографии и др.); автобиографические данные (автобиография, биографическая анкета, беседа).

Таким образом, в данном плане психокоррекционной работы были приведены методы, способствующие эффективному и плодотворному проживанию кризиса первого года обучения. Методы направлены на непосредственные источники стрессоров в сферах межличностного взаимодействия (с одногруппниками, однокурсниками); на самовыражение, самопознание и рефлексию в контексте профессионального самоопределения (выбор профессии).

Список литературы:

- 1. Яворовская Л. Н. Проблема адаптации студентов-первокурсников к процессу обучению в вузе // Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми безперервної освіти»: Тезидоповідей. — Харків, 2003. — С. 106–107.*
- 2. Карабинская О. А., Изатулин В. Г., Колесникова О. В., Арсентьева Н. И., Атаманюк А. Б. Структура и динамика мотивационной сферы личности студентов медицинского ВУЗа// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН . 2010. №5. С.160-163.*



3. Кожевникова О. В., Вьюжанина С. А. К вопросу о «кризисе второкурсника» как одном из этапов академической адаптации студентов // Символ науки . 2015. №7-2. С.176-177.

4. Психология профконсультирования : метод.пособие / Э. Ф. Зеер, Э. Э. Сыманюк. — М.: Издательский центр «Академия», 2014. — 224 с.



ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЖИЗНЕННОГО СЦЕНАРИЯ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛЮДЕЙ

Коновалова Наталья Николаевна

ФГБОУ ВО ВГУ, г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: жизненный сценарий, наркомания, самодеструктивное поведение.

В настоящее время в России все большую социальную значимость приобретает проблема увеличения наркозависимых людей. Частично это связано с распространением совершенно новых синтетических наркотических дешевых веществ, изготавливаемых на небольших химических заводах и в промышленных масштабах попадающих на территорию нашей страны. Более того, до сих пор некоторые из этих веществ не попадают в перечень запрещенных, и купить их может практически каждый. Тем не менее, наркозависимым становится далеко не каждый, а только какая-то определенная часть людей. Почему? На этот вопрос мы попытаемся ответить, используя теорию сценарного анализа.

Основатель теории сценарного (трансактного) анализа Эрик Берн ввел в психологическую науку термин «жизненный сценарий». По определению Эрика Берна, жизненный сценарий это – «постоянно действующий жизненный план, созданный в детстве до 7 лет под воздействием родителей. Это психологическая сила, подталкивающая человека к его судьбе, независимо от того, сопротивляется ли он или подчиняется добровольно» [1]. Жизненный сценарий в данной концепции выступает как бессознательная или полубессознательная структура, выстраиваемая преимущественно на основе родительского программирования. Сценарий – это искусственная система, которая ограничивает спонтанные творческие устремления человека. Сценарий основан на решениях,



принятых в детстве ребенком. У семилетнего ребенка уже есть характер, и поступать он будет не по обстоятельствам, а в соответствии со своим сценарием.

Берн утверждает, что все люди от рождения являются душевно здоровыми и счастливыми (на сценарном языке рождаются Принцами и Принцессами), но в процессе воспитания надевают «лягушачью шкуру», другими словами семена эмоционального разлада с самим собой, несчастья и безумия им передают родители.

Мысль о том, что детские впечатления отражаются в дальнейшем на ходе жизни взрослых людей, занимает центральное место не только в транзактном анализе, но и во многих других направлениях психологии. Отличительная особенность теории сценария в транзактном анализе состоит в указании на то, что ребенок составляет именно определенный план своей жизни, а не просто общие представления о мире. По содержанию каждый жизненный сценарий не похож ни на какой другой. В этом смысле он также неповторим, как отпечатки человеческих пальцев. С другой стороны, протекает он, по одной и нескольким ясно очерченным схем. Таких схем относительно немного, и в плане содержания сценарии делятся на три группы: выигрышный, проигрышный и безвыигрышный или банальный [2].

Нами будет рассмотрен проигрышный сценарий, так как по мнению авторов сценарного анализа, именно такой сценарий выбирает будущий наркоман. Итак, поскольку в основе сценария лежит представление, что некоторые люди в детстве принимают решения, которые оказывают влияние на всю последующую жизнь и делают ее предсказуемой. У некоторых людей, чья жизнь основана на таком решении, предполагается наличие сценария, включающего в себя такие жизненные планы, как стать наркоманом. По мнению К. Штайнера даже трагические жизненные сценарии, такие как пристрастие к наркотикам или алкоголю, является результатом раннего планирования, а не заболевания [3].

Установлено, что известное количество наркоманов в детстве не были



зачумлены чувствами неполноценности и воспитывались, с точки зрения социума в «нормальных» семьях, тем не менее в таких семьях преобладают некоторые характерные ситуации. И именно такие ситуации согласно сценарной теории приводят к сознательным решениям, результатом которых становится жизненный курс наркомана.

Наркомания как сценарий или план жизни, обычно является самодеструктивным или гамартическим. Самым поразительным качеством наркомании как клинической реальности является готовность наркомана к активным, сознательным и неоднократным действием, направленным на нанесение вреда самому себе.

Не все сценарии являются гамартическими. Не все наркозависимые заинтересованы в разрушении тканей собственного организма. Есть более «легкие» формы наркомании. Такие негамартические, или банальные наркоманы ведут жизнь наркозависимого ради депрессии, гнева, вины, затемнения сознания и т. д., и жизненный курс их сценариев не столько подходит под определение «Убивающий себя», как «Тот, у которого никогда ничего не происходит», «У которого все идет от плохого к худшему», «Растрачивающий свою молодость» или «Теряющий все». Однако следует признать, что определенная доля наркозависимых следуют гамартическому сценарию. Гамартические индивиды выбирают жесткие виды наркотизации, включающие тканевые поражения вплоть до летального исхода.

Сценарии являются результатом родительских предписаний, а предписания можно классифицировать по их пагубности. Гамартические сценарии вытекают из явно пагубных предписаний, и в случае с людьми, чей сценарий включает злоупотребление наркотическим веществом, основное свойство предписания всегда является команда «Не думай», то есть не используй свою взрослую часть. Люди, останавливающие свой выбор на сценарии наркомана, полагают, что употребление спиртного является правильным способом уступить такому



родительскому предписанию.

Источник предписания «Не думай!» – источник неуверенной позиции родителя, который чувствует себя «не в порядке» и прячется из страха, что его проблему обнаружат. Поэтому «Не думай!» часто сопровождается предписаниями «Не смотри на меня!», «Не говори обо мне!», «Не говори о нас!», и в конце концов, «Не говори о себе!». Наркоманам трудно говорить о себе, особенно на группах, и истоки этой проблемы легко прослеживаются в подобных предписаниях. Понятие «Не думай!» хорошо известно алкоголикам из притонов: если кто-то говорит о себе что-то хорошее, на него обязательно обрушится «алкашское проклятие». Иначе говоря, проболтаешься – навлечешь беду [3]. Это сродни негативному отношению к мышлению, и недумание и умалчивание особенно важных ситуаций всегда свойственно алкоголику. Некоторых вводит в заблуждение разговорчивость алкоголика, но в действительности в мышлении и речи алкоголика и наркоманы склонны ходить по кругу.

О гамартической психопатологии, или самодеструктивном поведении, традиционно говорят как о нарушении импульсов: согласно общепринятому мнению «дефект» локализован в эго, неспособном контролировать импульсы в момент их возникновения. Часто эту черту называют незрелостью или инфантильностью. Однако сценарная психология не связывает самодеструктивное поведение со слабым функционированием эго, а говорит об эффективном, или адаптивном, способе эго–функционирования.

Например, для адаптации к предписанию «Не думай» ребенок может выбрать пьянство или наркоманию как средство адаптации. Можно сказать, что человек «нуждается» в саморазрушении, потому что в юные годы родитель требовал этого в обмен на покровительство. В сценарном анализе есть такое понятие как «позиционный голод», что представляет собой потребность ребенка в поглаживаниях (внимании) со стороны родителя. Чтобы получить поглаживание, ребенку приходится не думать об определенных вещах. Данное явление



ние можно наблюдать, когда алкоголик добивается поглаживаний (выигрыша на сценарном языке) во время похмелья. Почувствовать себя настолько плохо, что и думать нечего идти на работу, спровоцировать приступ ярости у жены или мужа, заставить кого-то заботиться о тебе – все это разные варианты получения поглаживаний. Получение различных реакций от окружающих укрепляет паттерн употребления наркотиков, упрочивает позицию наркомана и подтверждает его детское решение. Таким образом, самодеструктивную наркоманию следует понимать как намеренный стратегический маневр для достижения определенных целей.

Таким образом, родители сознательно или бессознательно с рождения учат детей. Как себя вести, о чем думать, что чувствовать и воспринимать. Освободиться от этого влияния нелегко, потому что оно глубоко укоренилось и совершенно необходимо для биологического и социального выживания в первые два или три десятилетия жизни. Как и болезни, сценарии имеют начало, течение и исход. Тем не менее, так как сценарий основан на сознательно принятых решениях, а не на болезненных изменениях тканей, он может быть модифицирован или отменен таким же сознательным решением.

Такое освобождение возможно только тогда, когда индивидуум начинает независимую жизнь, то есть становится способен на осознание настоящего, спонтанность и близость, и понимает, что именно из родительского наследия хочет сохранить.

Список литературы:

- 1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн – Москва: Эксмо. 2013. – 575 с.*
- 2. Стюарт Й., Джойнс В. Жизненный сценарий / Й. Стюарт – Санкт-Петербург: С П Центр. 1996. – 368 с.*



3. Штайнер К. *Сценарии жизни людей* / К. Штайнер. – Санкт-Петербург: Питер, 2003. – 416 с.



ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОФИЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Корнилов Владислав Игоревич

ФГБОУ ВО ТГУ имени Г. Р. Державина, г. Тамбов, Россия.

Ключевые слова: временная перспектива, латеральная организация.

В настоящее время проблема временной перспективы стоит одной из главных среди людей подросткового возраста, тех, кто только вступил во взрослую жизнь и определяет свои жизненные цели. Временная перспектива – это представления индивидуума о своем прошлом и будущем, существующие на данный момент. В последнее время исследование временной перспективы вызвало интерес у многих исследователей таких как, К.А. Абульханова, Т.Н. Березина, Н.Н. Брагина, Е.И. Головаха, Т.А. Доброхотова, В.И. Ковалев, А.А. Кроник, В.В. Нуркова, Л.А. Регуш, Н.Н. Толстых, Д.Г. Элькин, и др.

С точки зрения Е.А. Полянской временная перспектива – целенаправленная активность человека в будущее определяется отчасти им же, текущим состоянием и прошлым опытом.

К. Левин считал, что временная перспектива – это представление субъекта о своем будущем и прошлом, в ходе которого происходит развитие личности.

П. Фресс, отмечает временные перспективы настоящего возникают если человек умеет организовать свое будущее.

Ж. Ньюттен определил для себя, что временная перспектива – это отражение в данный момент последовательности событий будущего с определенными интервалами между ними.



Экзистенциалистская психология, традиционно, основывается на философских положениях - согласно экзистенциализму, прошлое, настоящее и будущее проникают друг в друга, они взаимосвязаны, но происходит это под эгидой будущего (П.П. Гайденко, В.П. Казарян, А.М. Каримский, В.С. Мухина).

Фрейдизм. Вся человеческая жизнь определяется еще в раннем детстве и заключается в изживании детских конфликтов. Таким образом, человеку в качестве будущего 3. Фрейд предлагает его прошлое [1].

Неофрейдизмом преобразована трактовка роли прошлого в жизни человека. Всякое проявление бытия происходит во временности или в вечности то есть «здесь и сейчас». Прошлое и будущее также есть нечто, происходящее «здесь и сейчас». Бытие не подчиняется времени, хотя и считается с ним.

Бихевиористы признавали существование времени, которое действует как один из раздражителей, рассматривая все поведение человека и животных как ряд реакций на различного рода стимулы. Бихевиористы указывали, что раздражитель вызывает определенные реакции, некоторые изменения в поведении. Бихевиоризм сводили сложнейшие процессы ориентировки во времени к органическим реакциям, ограничивая свои исследования изучением только внешней стороной поведения [2].

Работы К. Левина, Ж. Ньюттена, Л. Франка, основанные на изучении функционирования человека во времени, имеют большое значение для постановки в психологии принципиальной проблемы временного аспекта самосознания личности, определения специфики его содержания, изучения его механизмов и закономерностей.

Некоторые ученые изучают прямую взаимосвязь между временной перспективой и профилями латеральной организацией.

Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова, изучая расстройства восприятия психологического времени, изложенные в субъективных переживаниях больных, обнаружили, что индивиды с доминированием левополушарных структур мозга в



большой степени ориентированы на настоящее и будущее, а лица с преобладающим доминированием правополушарных структур - более ориентированы на прошлое и настоящее [3]

В исследовании В.А. Москвина унилатеральные правши с правым доминантным больше ориентированы в будущее и меньше – в прошлое. Унилатеральные правши с левым показателем пробы «перекрест рук», наоборот, более направлены в прошлое и менее – в будущее. Полученные данные согласуются с предположением Н.Н. Брагиной и Т.А. Доброхотовой о преимущественной связи правого полушария с настоящим и прошлым, а левого – с настоящим и будущим временем, а также подтверждают концепцию о том, что функциональная асимметрия полушарий выражает особую пространственно-временную организацию работы целого мозга.

Мы считаем, что одним из факторов, оказывающим влияние на временную перспективу в подростковом и юношеском возрасте, является профиль латеральной организации. Исследование взаимосвязи особенностей временной перспективы и профиля латеральной организации позволит проводить более эффективную профилактическую и коррекционную работу.

Список литературы:

1. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. / З.Фрейд. М.: Наука, 1989 – 456 с.
2. Горбачев, М.Н. Психологические и психофизиологические особенности восприятия времени людьми с разным профилем латеральной организации головного мозга / М.Н. Горбачев: дис. Канд. Психол. Наук. Ростов н/Д, 2006 – 143с.
3. Брагина Н.Н., Функциональные асимметрии человека/ Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. 2-е изд. М.: Медицина, 1988. – 240 с.



ВЫЯВЛЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН С СОХРАННОЙ И НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

*Королькова Елизавета Романовна, Золотова Ирина Александровна
ФГБОУ ВПО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия*

Ключевые слова: доминанта, психологический компонент гестационной доминанты, экстракорпоральное оплодотворение.

Статистические данные в настоящее время говорят о неуклонном ухудшении репродуктивного здоровья населения. В связи с этим стало актуальным изучение психологических особенностей женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией. Бесплодие является актуальной проблемой современного общества. Одним из самых перспективных методов лечения бесплодия является экстракорпоральное оплодотворение. Материнская доминанта у женщин формируется в сложных, неоднозначных условиях, осложняющихся ситуацией неопределенности, связанной с большой вероятностью неуспеха экстракорпорального оплодотворения. В тоже время, гестационная доминанта, которая возникает у женщины с момента оплодотворения, является основополагающей её поведения в целом в перинатальном периоде, её внутреннего состояния, залогом формирования благоприятных диадических отношений «мать – дитя».

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) - это совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности и направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка.



Цель нашей работы: выявить особенности психологического компонента гестационной доминанты у женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией.

Гипотезы исследования:

1) женщины с сохранной репродуктивной функцией преимущественно имеют оптимальный тип ПКГД;

2) женщины с нарушенной репродуктивной функцией преимущественно имеют тревожный или депрессивный тип ПКГД.

Для реализации поставленной цели и выдвинутых гипотез был подобран комплекс методов и методик:

1. Клиническая беседа в форме полу-структурированного интервью;

2. Методика «Тест отношений беременной» (И.В.Добряков), отражающая отношение к себе беременной, отношение в системе «мать-дитя», отношение к отношениям к ней окружающих. Что позволяет выявить определенный тип ПКГД.

3. Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» (И.А.Золотова) была предложена нами с целью изучения неосознаваемых эмоциональных особенностей формирующихся диадических отношений «мать – дитя», а так же - отражения отношения самой женщины к собственной матери, как показателя онтогенеза материнской сферы.

В исследовании участвовало 30 женщин с сохранной репродуктивной функцией в возрасте от 20 до 40 лет; 10 женщин с нарушенной репродуктивной функцией, которые забеременели с помощью ЭКО, в возрасте от 30 до 46 лет. Исследование проводилось в среднем на 3-4 день после родов, на базе ГБУЗ «Областной перинатальный центр» г. Ярославля.

Данные обрабатывались с помощью контент анализа.

Результаты исследования женщин с сохранной репродуктивной функцией. У 8 женщин из 30 опрошенных выявлен один преимущественно тип ПКГД:



оптимальный — 3 женщины, гипогнозический — 3 женщины, эйфорический — 2 женщины. У 22 женщин не выявлен один какой-то преимущественно выраженный тип ПКГД, во всех этих случаях результаты варьируют.

1, Эйфорический тип ПКГД демонстрирует 7 % женщин, отмечается в основном при первой беременности и у женщин до 27 лет; оптимальный тип отмечается у 10% представительниц контрольной группы женщин замужних, имеющих уже детей и возраст этих женщин больше 26 лет; тревожный и депрессивный тип выражен у женщин, у которых эта беременность первая и поздняя (35-40 лет); гипогнозический тип отмечается у женщин, которые не планировали беременность и которые не видят себя в роли матери.

Результаты исследования методикой ТОБ. Женщинам был предложен тест, состоящий из утверждений, отражающих отношение к себе беременной, отношение в системе «мать-дитя», отношение к отношениям к ней окружающих. Были получены следующие результаты.

У женщин с сохранной репродуктивной функцией в период беременности и послеродовой период гестационная доминанта не имеет определенного типа, она варьируется между несколькими типами. В основном в каждом блоке утверждений определяется один тип ПКГД, но в общем по всем блокам мы можем только говорить о преобладании какого-то типа, но не о его преимуществе в целом у женщины. Чтобы делать конкретные выводы о выборе того или иного утверждения необходимо учитывать запланированность беременности, семейное положение и возраст.

Результаты исследования методикой «Моя мама, я и мой ребенок». Женщинам предлагалось нарисовать на листе форматом А4 рисунок на тему «Моя мама, я и мой ребенок».

Интересующие нас параметры, заданные для интерпретации рисунка, мы обработали с помощью контент-анализа.



У женщин с сохранной репродуктивной функцией на всех рисунках присутствуют и сама женщина и её мать. Следовательно, можно говорить о том, что у всех опрошенных женщин имеется эмоциональная связь с собственной матерью, но выражена она в разной степени.

48% женщин отражают возраст ребенка, не соответствующий периоду новорожденности, что говорит о неподготовленности женщин на когнитивном уровне к появлению новорожденного; отсутствие возрастной идентификации ребенка говорит о неготовности принятия новорожденного.

Удаление на расстояние ребенка от себя как матери говорит о проявлении отрицательного отношения к ребенку. Дистанцию между собой и ребенком продемонстрировали 15% женщин.

Изображение ребенка на руках у себя — матери свидетельствует о благоприятной ситуации материнства, формировании положительного отношения к новорожденному, но его демонстрируют лишь 19% женщин.

Изображение новорожденного на руках собственной матери можно интерпретировать как бессознательное освобождение себя от «уз материнства» с помощью символического перемещения ребенка на руки собственной матери.

Результаты исследования женщин с нарушенной репродуктивной функцией. Так как на данный момент выборка составила 10 человек, то целесообразно провести качественный, а не количественный анализ полученных результатов.

Из 10 опрошенных женщин оптимальный тип ПКГД демонстрируют 5 человек, эйфорический тип ПКГД — 4, гипогестогнозический тип ПКГД — 1.

Женщины, у которых по данным теста преобладает оптимальный тип ПКГД, чаще дают ответы по поводу кормления ребенка грудью, относящиеся к тревожному типу ПКГД. В ходе клинической беседы они объясняют это тем, что их достаточно зрелый возраст и длительное нервное напряжение могут повлиять на качество и количество грудного молока. Средний возраст женщин,



которые переживают по поводу грудного вскармливания, 43 года. Ответы, относящиеся к гипогестогнозическому типу ПКГД, встречаются в блоке «Отношение к отношению окружающих». Это говорит о том, что женщин мало интересует, как окружающие люди относятся к их беременности.

Женщины с эйфорическим компонентом ПКГД считают, что беременность делает их еще привлекательней в глазах мужа, сильнее привязывает его к ним. В ходе клинической беседы с женщинами, которые показывают такие результаты, было выяснено, что акцент они ставили именно на возможности забеременеть, а не иметь ребенка. Поэтому сам факт беременности для таких женщин является поводом для «эйфорических» показателей. Трудности, связанные с родами, послеродовым периодом, заботы о малыше оказываются неожиданно удручающими, потому что всю беременность женщины не задумывались о предстоящем материнстве, кормлении грудью и воспитании ребенка.

Гипогестогнозический тип ПКГД преимущественно выражен только у одной из опрошенных женщин. При этом на вопрос «Будет ли она кормить ребенка грудью?» она ответила, что да. Данное утверждение относится к оптимальному типу ПКГД.

Исходя из полученных данных, можно сделать следующие выводы. У женщин в период беременности и послеродовой период гестационная доминанта не имеет преимущественно выраженный определенный тип ПКГД. Даже если сумма выбранных утверждений по одному типу ПКГД больше половины, то это не говорит о доминировании данного типа ПКГД у женщины. Чтобы делать конкретные выводы о выборе того или иного утверждения необходимо учитывать полученные данные в ходе клинической беседы. На выбор утверждений, относящихся к тревожному или депрессивному типам ПКГД, при доминировании оптимального типа ПКГД у женщины в целом, влияет возраст женщины и её состояние здоровья (учитывается её функциональное состояние и медицинские показания). Например, чем старше женщина, тем больше у неё пережива-



ний по поводу кормления ребенка грудью. При доминировании эйфорического типа ПКГД женщины выбирали утверждения, относящиеся к тревожному типу ПКГД, которые затрагивают непосредственно материнство как социальную роль. То есть женщина испытывает положительные эмоции от своей беременности, но имеет переживания по поводу сможет ли она стать хорошей матерью.

Эти результаты говорят о том, что женщины, имеющие нарушения в репродуктивной сфере зачастую обладают целью — забеременеть, а не иметь ребенка. Данная формулировка цели дает женщине установку, которая влияет на формирование гестационной доминанты. Следовательно, у женщин, которые ставили перед собой цель — иметь ребенка, стать матерью, доминирует оптимальный тип ПКГД, а у женщин, целью которых была беременность — преобладает эйфорический тип ПКГД.

Результаты исследования методикой «Моя мама, я и мой ребенок».

1. 8 из 10 женщин, которым была предложена методика, нарисовали рисунок. 2 женщины отказались от выполнения задания. Отказ от выполнения рисунка говорит о формальном признаке конфликта с ситуацией материнства.

2. В 10% не рисовали собственную мать, указывая на то, что на данный момент её нет в живых.

3. Нарушение половой и возрастной идентификации на рисунках указывает на непринятие роли матери, нарушение материнской сферы в онтогенезе.

4. Изображение новорожденного на руках у себя — матери демонстрируют 60% женщин. Это свидетельствует о благоприятной ситуации материнства, формировании положительного отношения к новорожденному.

5. Женщины, которые отражают возраст ребенка, не соответствующий периоду новорожденности, демонстрируют неподготовленность на когнитивном уровне к появлению новорожденного. Отсутствие возрастной идентификации ребенка говорит о неготовности принятия новорожденного.



На данном этапе работы мы можем сделать выводы по изучению особенностей психологического компонента гестационной доминанты у женщин с сохранной репродуктивной функцией и с нарушенной репродуктивной функцией, которые воспользовались методом ЭКО. Из поставленных нами задач, мы выполнили две — определили выраженность типов ПКГД у женщин с сохранной репродуктивной функцией и определили выраженность типов ПКГД у женщин с нарушенной репродуктивной функцией. Наши гипотезы о том, что женщины с сохранной репродуктивной функцией имеют оптимальный тип ПКГД, а женщины с нарушенной репродуктивной функцией имеют тревожный или депрессивный тип ПКГД, не подтвердились. Проективная методика позволяет сделать вывод о наличии проблем в сфере онтогенеза материнства и принятии роли матери. Из данного исследования мы сделали следующие выводы:

1. женщины с сохранной репродуктивной функцией не имеют одного преимущественно выраженного типа ПКГД
2. у женщин с сохранной репродуктивной функцией имеются существенные различия в формировании отношения к новорожденному и к себе как к матери
3. нарушение поло-ролевой идентификации и негативное отношение к системе «мать-дитя» зависит от внешних факторов и влияния окружения
4. женщины с нарушенной репродуктивной функцией имеют оптимальный или эйфорический тип ПКГД
5. формирование отношений в системе «мать — дитя» зависит от степени готовности к принятию материнства, возраста женщины и её физического здоровья.

Необходимо отметить, что у женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией присутствуют нарушения в сфере онтогенеза материнства, которые необходимо выявлять и корректировать на ранних стадиях беременно-



сти, чтобы у женщины формировался наиболее благоприятный тип ПКГД для её организма.

Следующий этап нашей работы будет направлен на увеличение выборки и на сравнение ПКГД у женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией.

Список литературы:

- 1. Аршавский И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющее гонормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / Под ред. Ф. А. Сыроватко // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М., 1957. – С. 320–333.*
- 2. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.*
- 3. Добряков И.В. Влияние личностных особенностей женщин на формирование различных вариантов психологического компонента гестационной доминанты // Психическое здоровье. - 2012. Т. 10. № 9 (76). - С. 80-84.*
- 4. Добряков И.В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2014. № 1 (45). - С. 46-50.*
- 5. Золотова И.А. Отношение к новорожденному у женщин группы риска: дис. ... канд. психол. н. – Кострома, 2013. – 179 с.*
- 6. Золотова И.А. Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» в изучении отношения к новорожденному ребенку у женщин, отказывающихся от медицинского сопровождения в период беременности / И.А. Золотова // Экспериментальный метод в структуре психологического знания. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – С. 725-729.*



7. *Золотова И.А. Установочное отношение к новорожденному ребенку у несовладающих женщин, отказавшихся от медицинского сопровождения в период беременности / И.А. Золотова, С.А. Хазова // Медицинская психология в России; материалы 1 международной конференции «медицинская психология: исторические традиции и современная практика». Ярославль 2014г.*
8. *Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова– М., 2000. – 449 с.*
9. *Ухтомский А.А. Доминанта/ А. А.Ухтомский. – М.; Л.: Наука, 1966. – 273 с.2*
10. *Медицинская энциклопедия: справочная информация по медицине, 2016 г. [Электронный ресурс]: URL:<http://medencped.ru>*



ДЕМОНСТРАТИВНОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Коростелева Олеся Евгеньевна

ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», г. Курск, Россия

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольное опьянение, демонстративное суицидальное поведение, клинический случай.

В настоящее время является актуальной проблема взаимосвязи самоубийств и алкоголизации населения. По данным зарубежных и отечественных исследователей приблизительно 7-15% самоубийств приходится на долю больных, страдающих алкоголизмом. Отмечается, что 40-50% самоубийств совершается в состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести; 40% незавершенных суицидов приходится на долю лиц, злоупотребляющих алкоголем в течение, по крайней мере, последнего года, предшествующего суициду [1,4]. Состояние зависимости, в том числе и от алкоголя, рассматривается как метапсихологический подход, который включает в себя психологические и физиологические компоненты, а одной из причин обращения к объекту зависимости является снижение объема напряжения за счет биохимических и физиологических воздействий [2,3]. В свою очередь, состояние опьянения провоцирует более легкое возникновение различных аффективных и импульсивных реакций, преувеличение значимости психотравмирующей ситуации, поэтому не только состояние зависимости может спровоцировать суицидальную попытку, но и простое опьянение при наличии кризисной ситуации. Прием алкоголя облегчает реализацию и провоцирует суицидальное поведение благодаря своему рас-



тормаживающему эффекту и усилению депрессивных переживаний [5], снижает механизмы психологической защиты, происходит ослабление самоконтроля, критических и прогностических способностей. Роль алкогольного опьянения заключается в создании и усилении условий, благоприятствующих реализации суицидальных замыслов, повышает агрессивность, конфликтность, демонстративность, усугубляет внутренний дискомфорт, что актуализирует суицидальные мысли и может привести к суицидальной попытке, которая зачастую носит демонстративно-шантажный характер. Исходя из вышеописанного, можно сделать вывод, что прием алкоголя является одним из факторов провоцирующих демонстративное суицидальное поведение.

Приведем клинический случай из практики работы медицинского психолога в наркологическом отделении ОБУЗ ККПБ.

Из анамнеза известно: наследственность психопатологически не отягощена. Алкоголь употребляет раз в месяц в небольших количествах, предпочитает слабые алкогольные напитки. Впервые госпитализирована с попыткой суицидального поведения в алкогольном опьянении.

По данным комплексного клинико-психологического исследования.

Пациентка В., 37 лет. На момент исследования предъявляет жалобы на повышенную плаксивость, сниженное настроение.

Ориентирована достаточно. В контакт вступает охотно. На вопросы отвечает конкретно. Эмоционально лабильна, внешне ухожена, стремится продемонстрировать себя, в поведение несколько маневра. Суждения конкретны, эгоцентричны. Причину госпитализации поясняет в том, что употребив небольшое количество крепких спиртных напитков, возник конфликт с супругом, объяснив свой поступок - «выплеснула агрессию на мужчину». Поясняет, что при приеме алкоголя меняется психическое состояние в виде повышения раздражительности, проявлении агрессивности – «становлюсь агрессивной». В момент алкогольного опьянения возникли суицидальные мысли шантажно-



демонстративного типа с целью разрешения конфликта с супругом - «я вот выпила таблетки успокоительные... чтобы муж знал, как без меня будет плохо». Инструкции усваивает с 1-го предъявления, удерживает. Помощь принимает, продуктивна. К своему состоянию критика снижена.

Концентрация и переключаемость произвольного внимания достаточная. В достаточном темпе выполняет поиск чисел по таблицам Шульте – 56 сек, 45 сек, 42 сек, 36 сек, 50 сек. Кривая механического запоминания 10 слов высокая – 6-7-7-8-10, отсроченное воспроизведение 7 слов. Короткий рассказ воспроизводит своими словами, мораль трактует конкретно. Установление последовательности событий доступно, рассказ составляет подробный, обстоятельный. «Сравнение понятий» производит основываясь на конкретно-ситуативный и конкретно-функциональных признаков предметов, например, «кошка-собака» общее «животные», а отличия «кошка мяукает, а собака гавкает»; «утро-вечер» общее «время суток», а различия «утром светлеет, а вечером темнеет». «Исключения лишнего» выполняет по такому же принципу, даже при верном исключении производит объединение по функциональным признакам, например, «для шитья», «для переноски вещей» и т.д. Переносный смысл пословиц и метафор понимает конкретно. Например, «Цыплят по осени считают» поясняет «что за лето вырастил, то и соберешь».

По методу цветочных выборов наблюдаются следующие индивидуально-типологические черты: демонстративность, стремление произвести впечатление. По Леонгарду наблюдается завышение по шкале достоверности ответов, что свидетельствует о стремление давать социально-приемлемые и одобряемые в социуме качества. По методике «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (Яхин К.К., Менделевич Д.М.) выявлено повышение по шкале истерического типа реагирования. По шкале оценки депрессивных состояний Цунга состояние депрессии не выявлено.



Таким образом, в ходе исследования на первый план выходят индивидуально-личностные особенности: демонстративность, некоторая маневренность в поведении, стремление произвести впечатление, выявлен истерический тип реагирования, эмоциональная лабильность; когнитивная сфера характеризуется сохранностью произвольного внимания и мнестической продуктивности, мышление характеризуется снижением процессов обобщения и отвлечения в виде оперирования конкретно-функциональными и конкретно-ситуативными признаками предметов, суждения конкретны и эгоцентричны.

Проведена психологическая поддержка, обозначены пути разрешения проблемы, о том, что употребление алкоголя является неадекватным и неэффективным копинг-механизма в разрешении сложившейся психотравмирующей ситуации, а также проведена рациональная психотерапия по поводу профилактики демонстративного суицидального поведения.

В приведенном клиническом случае можно выявить наличие актуальной психотравмирующей ситуации (конфликт с мужем), в сочетании с такими личностными характеристиками как демонстративность, желание быть социально одобряемой, стремление произвести благоприятное впечатление, кризисная ситуация вызвала внутреннее напряжение, нарушение сна, снижение настроения. Мотив употребления алкоголя рассматривается в данном случае с точки зрения снятия внутреннего дискомфорта. Под воздействием алкогольного опьянения отмечается изменение психического состояния в виде агрессивности, раздражительности, наблюдается повышенная конфликтность («накинулась на мужа... ругались»), что создало благоприятные условия для возникновения суицидальных мыслей и намерений для демонстративного суицидального поведения (выпив успокоительных таблеток перед приходом матери, с целью демонстрации своей значимости в семье и разрешения конфликтов с мужем).



При проведении психологического анализа, представленного клинического случая, наблюдается значимая роль воздействия алкоголя в формировании суицидальных мыслей, а в сочетании с индивидуально-типологическими особенностями (заострение демонстративных черт характера) и суицидальных намерений в виде демонстративного суицидального поведения. Представленные данные свидетельствуют о том, что одним из факторов формирования демонстративного суицидального поведения является не только состояние зависимости от алкоголя, но и его употребление в сочетании с наличием актуальной психотравмирующей ситуации.

Список литературы:

1. Говорин Н.В. *Методологические подходы к изучению алкогольной смертности населения (региональные аспекты)* / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров // *Вопросы наркологии.* – 2011. – №2. – с. 7-13
2. Запесоцкая И.В. *Метапсихологический уровень в изучении состояния зависимости* / И.В. Запесоцкая // *Ученые записки Российского государственного социального университета.* – 2012. – №2. – с. 245 - 249.
3. Запесоцкая И.В. *Состояние зависимости: метапсихологический подход [Электронный ресурс]* / И.В. Запесоцкая, В.Б. Никишина // *Клиническая и специальная психология.* – 2013. – №2
4. Разводовский Ю.Е. *Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи* // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2004. – №2. – с. 49
5. Сахаров А.В. *Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне* / А.В. Сахаров, Н.В. Говорин // *Суицидология.* – 2015. – Т.2. – №2 (19). – с. 35 – 46



ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ТРУДНОСТИ С ГЕНДЕРНОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИЕЙ

Корягина Ирина Николаевна

ТулГУ, г. Тула, Россия

Ключевые слова: гендерная идентичность, трансгендерность, молодые девушки, женщины.

Исследование вопросов, связанных с гендерной идентичностью и ее нарушениями, является одним из трендов современной психологии. Тем не менее, до сих пор не существует единого мнения о том, относится ли феномен нарушенной гендерной идентичности к патологическим реакциям или он должен быть постепенно депатологизирован. Точно так же отсутствует однозначная картина, резюмирующая личностные черты людей, имеющих трудности с гендерной самоидентификацией.

Особенно остро недостаток психологических знаний в этой области ощущается в отечественной науке.

На сегодняшний день феномен трансгендерности, кроссгендерности и андрогинии получает все большее распространение благодаря средствам массовой информации, возможностям анонимного общения в сети Интернет и тенденциям моды.

Свой вклад в распространение феномена трансгендерности вносят размытие стереотипов и строгих полоролевых границ. Многие женщины в повседневной жизни вынуждены принимать на себя традиционно мужскую роль, в то время как множество мужчин демонстрируют стереотипно женские качества.

Трудности с гендерной самоидентификацией возникают у людей в разном возрасте, в разной степени проявляют себя и по-разному влияют на повседнев-



ную жизнь. Однако большинство этих людей обладают некоторым количеством сходных личностных черт.

Нозологический статус трансгендерности сегодня является предметом дискуссий, а ее место в континууме норма–патология изменяется с новыми версиями основных классификаторов.

Мы будем придерживаться определений, данных С.Н. Иванченко: «Трансгендерность – общий термин для обозначения людей, чей гендер (социальный пол) и биологический пол не совпадают. Трансгендерная личность ... может внешне проявлять себя соответственно своему биологическому полу, либо желаемому полу, либо попеременно...» [2]. Таким образом, трансгендерами мы будем называть людей, чей гендер (проявляющийся в поведении) не совпадает с акушерским полом.

Согласно С.Н. Иванченко, бигендер – это человек с «плавающей», подвижной гендерной идентичностью. Бигендер ощущает себя то мужчиной, то женщиной, независимо от физического пола. Агендерность – это отсутствие гендерной идентичности, отказ от идентификации себя с каким-либо гендером. Гендерквир – это человек, который идентифицируется в гендере, отличном от мужского или женского, или как не относящийся ни к какому гендеру, или относящийся к обоим, или к их комбинации. Концепция гендерквира заостряет внимание на том, что отказ от бинарного понимания гендерной идентичности не сводится к пониманию возможности комбинации мужских и женских черт в рамках отдельной личности. Частным случаем трансгендерности является транссексуальность, связанная со стремлением человека изменить параметры собственного тела, ассоциированные с полом, путем оперативного вмешательства или гормональной терапии.

Кроме того, часто среди трансгендеров выделяют две группы: лиц с мужским полом и женским гендером (MtF, maletofemale, гендерные женщины) и с женским полом и мужским гендером (FtM, femaletomale, гендерные мужчины).



Исследование проводилось на выборке из 60 человек: 30 девушек и женщин, имеющих трудности в гендерном самоопределении в возрасте 18-32 года, 30 цисгендерных девушек и женщин в возрасте 21-34 года.

Первую группу составили 30 женщин-цисгендеров в возрасте от 21 до 34 лет (средний возраст 26,5 лет), без признаков трансгендерности по показателям анкеты.

Во вторую группу вошли 30 участников с женским акушерским полом в возрасте от 18 до 32 лет (средний возраст 24,2 лет), идентифицированных как трансгендеры на основании данных анкеты, разработанной авторами исследования. Сами участники характеризовали себя как FtM-трансгендеров (60%), би-гендеров (23%) и гендерквиров (10%). Примечательно, что 6% респондентов на вопрос о самоопределении написали собственный ответ – «ни то, ни другое», отказавшись от предложенных вариантов ответа и тем самым подчеркнув четко выраженное отсутствие гендерной идентичности, отказ от идентификации себя с каким-либо полом. Таким образом, речь в работе будет идти о лицах с женским акушерским полом и гендерной неконформностью, выраженной в том или ином виде. Мы будем использовать термин «трансгендерные женщины» по отношению ко всей этой выборке для удобства читателей.

О полном прохождении хирургической коррекции пола сообщили 3% испытуемых группы. Желание подвергнуться оперативному вмешательству высказало еще 47% участников. 37% участников не хотели бы корректировать свой пол хирургическим путем, стараясь при этом внешне соответствовать гендерному самоощущению, 13% предпочитают выглядеть соответственно акушерскому полу. Соответственно, результаты исследования могут быть применены к трансгендерам с женским акушерским полом в целом.

Основным методом исследования являлся эксперимент.

При проведении эмпирического исследования были использованы следующие диагностические методики:



1. Методика исследования самооотношения Пантелеева [4]
2. Опросник личностной ориентации[1]

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась в компьютерных программах MicroSoftExcel и SPSS Statistics 17.0 путем вычисления средних значений и нормальности распределений по всем шкалам методик, применения анализа различий средних значений в группах респондентов по Т-критерию Стьюдента и U-критерию Манна-Уитни.

Результаты исследования показали, что трансгендерные женщины демонстрируют большую гибкость в поведении (достоверность различия определена с помощью Т-критерия Стьюдента на уровне значимости $p \leq 0,001$), более склонны к самообвинению и внутренней конфликтности, в большей степени готовы к изменениям в «Я-концепции» (достоверность различия определена с помощью U-критерия Манна-Уитни на уровне значимости $\leq 0,001$), менее склонны к самопринятию, с меньшей охотой принимают конструктивную природу человека, чем цисгендерные женщины (достоверность различия определена с помощью U-критерия Манна-Уитни на уровне значимости $\leq 0,005$).

Так же мы обнаружили, что трансгендерные женщины менее самоуверенны, обладают более высокой способностью принимать гнев и агрессию как естественные человеческие проявления, лучше развивают глубокие, близкие, неформальные взаимоотношения с другими людьми («Я-Ты-Здесь-и-Теперь»), в большей степени принимают ценность самоактуализации (достоверность различия определена с помощью U-критерия Манна-Уитни на уровне значимости $\leq 0,05$).

Список литературы:

1. Большая энциклопедия психологических тестов. / Автор-сост. А. Карелин. - М.: Эксмо, 2009. - 416 с



2. Иванченко С.Н. Трансгендерность, гендерная идентичность и гендерные стереотипы [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 6(8). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 28.10.2017)

3. Лопухова Ольга Геннадьевна Психологический пол личности в контексте гендерных исследований // Вестник ТГГПУ. 2011. №26. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskiy-pol-lichnosti-v-kontekste-gendernyh-issledovaniy> (дата обращения: 28.10.2017).

4. Настольная книга практического психолога / Сост. С.Т. Посохова, С.Л. Соловьева. - М.: АСТ:Хранитель; СПб.: Сова, 2008. - 671 с.



ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Кравцов Олег Игоревич

ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: социально – психологическая адаптация, психические расстройства, копинг – стратегии, механизмы психологической защиты.

Актуальность исследования: Вопросы социально-психологической адаптации находят свое отражение в практике современной медицинской психологии, поскольку закономерности восстановления психической деятельности людей, страдающих различными психическими заболеваниями, а также изучение проблем повышения эффективности реабилитации и социально-психологической адаптированности данной категории лиц, являются наиболее востребованными ее научно-практическими направлениями. Также, актуальность нашего исследования определяется проблемой совершения общественно-опасных действий (ООД) лицами, страдающими различными формами психических расстройств.

Цель исследования: целью исследования является изучение особенностей процесса социально-психологической адаптации личности, в условиях психического расстройства.

Возникновение любой формы психического расстройства различной нозологической природы влечет за собой нарушение адаптации личности [1].

Так Куликова О.С. в своем исследовании социальной адаптации больных параноидной формой шизофрении отмечает, что пациенты обнаруживают статистически значимое снижение возможностей социальной адаптации,



характерными для них являлись также затруднения в межличностном общении, повышенный уровень ситуативной тревожности и нервно-психического напряжения. Выявлено преобладание копинг - стратегий «конфронтация», «дистанцирование», «принятие ответственности», «бегство» при меньшей, в сопоставлении с группой сравнения, выраженности копинг - поведения в форме поиска социальной поддержки и положительной переоценки [4]. Проводя исследование психологической адаптации пациентов с первыми приступами шизофрении Ханько А.В. установил, что основным фактором, оказывающим влияние на характер адаптации у мужчин с шизофренией, является биологический - длительность заболевания, тогда как у женщин таким фактором является биосоциальный - длительность заболевания и степень социального благополучия [7,8]. При этом для всех пациентов с параноидной шизофренией характерен выбор разнонаправленных стратегий совладающего со стрессом поведения и чрезмерная напряженность психологической защиты, связанные с утратой самоидентификации и дискордантностью личностных реакций. Основными психологическими ресурсами в совладании с болезнью у пациентов с параноидной формой шизофрении, по мнению Ханько А.В., являются-стабильная самооценка и адекватный уровень притязаний, а социальными ресурсами-хорошее образование, сохранение трудовой деятельности и семейных отношений. Нарушение социально-психологической адаптации у психически больных различного патогенеза может выливаться в дезадаптивное поведение с делинквентными проявлениями в виде совершения общественно опасных деяний. Так, Кунафина Е.Р. [5] в ходе проведения исследования характерологических особенностей в двух группах психически больных старших возрастных групп: первая - 85 больных шизофренией и бредовыми расстройствами, вторая - 145 больных с органическими психическими расстройствами, установила, что у половины больных, совершивших ООД, были обнаружены различные личностные аномалии,



представленные преобладанием возбудимых, демонстративных, или же ригидных, замкнутых черт характера.. Проведенное исследование выявило уязвимость и дезадаптивность значительной части обследуемого контингента больных, совершивших ООД практически во всех сферах жизнедеятельности: трудовой, семейной, материально-бытовой, социальных контактах, повседневной занятости, что определяло антисоциальную направленность деятельности больных, низкий уровень социально-психологической адаптации и высокую криминогенную активность. Описывая особенности адаптации психически больных с умственной отсталостью, совершивших ООД, Валитов М. Р. [2] отмечает, что интеллектуальная недостаточность данной категории больных вносит специфику в их адаптацию к условиям содержания и лечения в психиатрической больнице специализированного типа. Основными клиническими характеристиками, ограничивающих их адаптацию являются: непонимание цели пребывания в больнице -75,6%, неспособность выработать адекватную стратегию поведения у 56,1%, отсутствие понимания необходимости лечения у 83%. Рассматривая когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, имеющих алкогольную и героиновую зависимость Зенцова Н.А. [3] отмечает, что у данной категории пациентов наблюдается низкий уровень социального интеллекта, что снижает возможности их психосоциальной адаптации поскольку они испытывают трудности в анализе ситуаций межличностного взаимодействия, вследствие чего нарушается их адаптация в окружающей среде. Следует отметить, что на процесс социально-психологической адаптации оказывают свое негативное влияние не только хронические психические заболевания, но и такие аномалии, как расстройства личности (психопатии). На социальную дезадаптивность лиц с расстройствами личности указывает Смулевич А.Б. - аномальные свойства РЛ социально дезадаптивны, при них возрастает риск безбрачия, разводов, семейных конфликтов [6].



Таким образом, все приведенное выше делает актуальным проведение научного исследования, в ходе которого целесообразно осуществить проверку гипотезы по наличию взаимосвязей между определенными типами совладающего поведения и уровнем социально - психологической адаптации у данной категории обследуемых. Это поможет, в свою очередь, выработать практические рекомендации по психореабилитации психопросвещению психически больных, повышению их стрессоустойчивости к заболеванию.

Список литературы:

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. - М.: Медицина, 1976. — 272 с.
2. Валитов М.В. Особенности адаптации психически больных с умственной отсталостью, совершивших общественно – опасные деяния, к принудительному лечению в условиях стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением: дисс канд.мед наук: Казань, 2006.139 с.
3. Зенцова Н. И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от алкоголя и героина: дисс. канд. псих. наук - Москва, 2009.- 195 с.
4. Куликова О.С. Психологические факторы социальной адаптации больных параноидной шизофренией на инициальном этапе заболевания: дисс. канд. псих. наук - Санкт-Петербург, 2016.- 349 с.
5. Кунафина Е.Р. Дезадаптивное поведение с делинквентными проявлениями у психически больных старших возрастных групп (предрасполагающие факторы, клинические и социальные аспекты профилактики) : дисс. д-р. мед. наук.- Санкт-Петербург, 2008.- 328 с.
6. Смугевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.: Медицинское информационное Агентство. 2012.- 286 с.



7. Ханько А.В. Специфика психологической адаптации к болезни мужчин и женщин с первыми приступами шизофрении / А.В. Ханько // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «Таро», 2013. – С. 176-183.

8. Ханько А. В. Психологическая адаптация к болезни пациентов с первыми приступами шизофрении: дисс. канд. псих. наук: Санкт-Петербург, 2014.- 192 с.



СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Красноперова Вера Валерьевна, Бурина Екатерина Александровна
ФГБОУ ВПО СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: социальная тревожность, социальная фобия, личностная тревожность, слепота, слабовидение, способы совладающего поведения.

Социальная тревожность определяется как тревожность, триггером которой являются различные ситуации социального взаимодействия [3]. Ее распространенность, по разным данным, составляет от 12% до 15%, в особенности у молодых людей (до 35 лет) [1]. При этом, хотя социальная тревожность имеет этиологические факторы, сходные с особенностями развития лиц с дефектами зрения, исследования тревожности среди незрячих малочисленны и носят противоречивый характер [5, 6].

Под степенью поражения зрительной функции в данной работе понималась группа инвалидности по зрению и острота зрения, на основании которых можно привести следующую классификацию лиц с дефектами зрения:

- слепые, имеющие остроту зрения от 0 до 0,04, что соответствует первой группе инвалидности;
- слабовидящие, имеющие остроту зрения от 0,05 до 0,2 и вторую (иногда третью) группу инвалидности [2].

Так, целью данного исследования явилось изучение социальной тревожности у лиц с различной степенью поражения зрительной функции. Задачи, поставленные для реализации цели исследования, включали изучение социально-демографических характеристик, социальной и личностной тревожности, лич-



ностных черт и способов совладающего поведения, а также их взаимосвязей у лиц с различной степенью поражения зрительной функции.

Выборку исследования составили три группы: слепые, слабовидящие и зрячие. Критерием включения для слепых и слабовидящих являлся врожденный или рано приобретенный дефект зрения. Всего в исследовании приняли участие 64 человека в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст 28,1 год), среди них 35 мужчин и 29 женщин. Набор респондентов с дефектами зрения осуществлялся на базе Санкт-Петербургской региональной организации Всероссийского общества слепых (СПб РО ВОС), зрячие респонденты приглашались к участию в исследовании с помощью объявления, размещенного в социальных сетях.

Группы статистически значимо не различались по социально-демографическим характеристикам: в целом, это люди преимущественно с высшим образованием, проживающие в зарегистрированном / гражданском браках или с родственниками, имеющие средний уровень дохода, не имеющие дополнительных хронических заболеваний.

В качестве *методов исследования* были выбраны: полуструктурированное интервью (собственная разработка), Опросник социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева; Шкала социальной тревожности М. Либовица; личностный опросник «Большая пятерка» Р. МакКрае и П. Коста; Шкала личностной тревожности Ч. Спилбергера; опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. В силу специфики выборки, вся процедура исследования проходила в ходе личного общения, вопросы зачитывались испытуемым устно, а ответы регистрировались в соответствующих бланках экспериментатором.

Математико-статистическая обработка данных включала: критерий Шапиро-Уилка для проверки нормальности распределения, критерий χ^2 -Пирсона, критерий U-Манна-Уитни, однофакторный дисперсионный анализ



(ANOVA), критерий Н-Краскала-Уоллеса, метод Холма-Бонферрони для множественных сравнений, критерий корреляции r-Пирсона, критерий корреляции r-Спирмена.

По результатам исследования было выявлено, что статистически значимые различия по уровню социальной и личностной тревожности между группами отсутствуют ($p > 0,1$). У слабовидящих, однако, наблюдается тенденция ($F=2,62$, $p < 0,1$, по одному из двух опросников) к более высокому уровню социальной тревожности, которая может объясняться их условным промежуточным положением между зрячими и слепыми. В целом же, сходный уровень социальной тревожности у лиц с дефектами зрения и у зрячих может свидетельствовать об ошибочности представления о незрячих как о людях, имеющих ограничения в установлении социальных контактов.

Были также обнаружены значимые взаимосвязи социальной тревожности с некоторыми социально-демографическими характеристиками (измеренные по всей выборке). Наблюдается зависимость социальной тревожности от пола ($F=4,781$, $p < 0,05$, по одному из двух опросников), семейного положения ($H=6,6885$, $p < 0,05$; $H=7,8377$, $p < 0,05$), наличия детей ($H=4,0291$, $p < 0,05$; $H=4,4851$, $p < 0,05$), уровня дохода ($H=8,7606$, $p < 0,1$, по одному из двух опросников) и употребления психоактивных веществ ($H=5,0487$, $p < 0,05$; $H=5,237$, $p < 0,05$): более высокой социальной тревожностью отличаются лица, состоящие в незарегистрированном браке без детей, отказывающиеся от употребления психоактивных веществ (вероятно, в силу их опасного и непредсказуемого влияния). Социальная тревожность также предположительно выше у женщин и у лиц, обладающих низким доходом.

Кроме того, результаты исследования показали наличие значимых различий в выраженности способов совладающего поведения. Так, слепые и слабовидящие отличаются от зрячих более высокой выраженностью трех способов совладающего поведения: дистанцированием от проблем ($F=4,86$, $p=0,01$), са-



моконтролем ($F=3,32$, $p<0,05$) и положительной переоценкой трудностей ($F=3,25$, $p<0,05$). При этом «дистанцирование» и «самоконтроль» наиболее выражены у слепых, а «положительная переоценка» чаще проявляется у слабовидящих. Данные результаты согласуются с выявленной в некоторых исследованиях [4] склонностью лиц с дефектами зрения к дистанцированию, юмору, позитивному отношению к своему дефекту.

Значимых различий в выраженности личностных черт выявлено не было ($p>0,1$), так же как не было обнаружено статистически достоверных взаимосвязей социальной тревожности с другими показателями (личностными чертами и способами совладающего поведения). Однако, результаты исследования показали взаимосвязи некоторых других показателей: к примеру, представляется интересной зависимость личностной тревожности от способа совладающего поведения «принятие ответственности» ($r=0,652$, $p<0,05$), выявленная в группе зрячих. Можно предположить, что лица, обладающие более высокой личностной тревожностью, склонны чаще видеть свою ответственность в сложных ситуациях и обвинять себя в сложившихся трудностях. Помимо того, уровень личностной тревожности показал отрицательную корреляцию с уровнем «самосознания» ($r=-0,674$, $p<0,05$): вероятно, зрячие с более высоким уровнем личностной тревожности являются менее организованными, целеустремленными и настойчивыми.

Отдельной задачей исследования являлось сравнение показателей социальной тревожности, полученных по результатам двух методик – шкалы М. Либовица и опросника О.А. Сагалаковой и Д.В. Труевцева – с целью уточнения возможности применения более новой методики. Результаты сравнения выявили высокую корреляцию показателей социальной тревожности по данным опросникам ($r=0,79$, $p=0,000$). Так, можно говорить о согласованности данных методик и надежности нового опросника (О.А. Сагалаковой и Д.В. Труевцева).



Дальнейшие исследования могут быть направлены на уточнение тенденции слабовидящих к более высокой социальной тревожности, прояснение факторов, влияющих на формирование социальной тревожности у слепых и слабовидящих, и протективных факторов, способствующих благоприятному эмоциональному состоянию лиц с дефектами зрения. Помимо того, представляется важным дальнейшее изучение социальной тревожности на российской выборке, поскольку некоторые респонденты данного исследования отличаются повышенной или высокой социальной тревожностью, особенности возникновения и течения которой необходимо было бы прояснить и использовать для улучшения психологической помощи по проблеме социальной тревожности.

Список литературы:

1. Барлоу Д. (Ред.). *Клиническое руководство по психическим расстройствам*. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 912с.
2. Литвак А.Г. *Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие* / А.Г. Литвак; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. - СПб.: Изд-во РГПУ, 1998. — 271с.
3. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. *Социальные страхи и социофобии*. — Томск: Изд-во Томский государственный университет, 2007. — 210с.
4. Bittner A.K., Edwards L., George M. *Coping strategies to manage stress related to vision loss and fluctuations in retinitis pigmentosa*. / *Optometry (St Louis, Mo)*. 2010; 81(9): 461-468.
5. Hilde P.A. van der Aa, Hannie C. Comijs, et al. *Major Depressive and Anxiety Disorders in Visually Impaired Older Adults*. / *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci*. 2015; 56(2): 849-854.
6. Papadopoulous K.S., Eleni K., Charalampidou M., Gerapostolou I. *The impact of vision loss on personality traits*. / *International Journal of Special Education*. 2013. Vol 28, №: 3.





ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВУЮ ТРАВМУ

Кузьмина Ольга Андреевна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, ценностные ориентации, типы отношения к болезни.

В настоящее время все больше возрастает частота дорожно-транспортных происшествий, которые в нередких случаях могут повлечь за собой повреждения спинного мозга, позвоночника. В зону риска при этом могут попадать пассажиры транспортного средства, пешеходы, сами водители, что еще больше повышает статистику распространения данных травм, усугубляя тем самым данную проблему. Нередки и другие случаи повреждения спинного мозга и позвоночника: это и падение с высоты (получение травмы на производстве, занятия опасными видами спорта), и получение "бытовых травм" (падение на гололеде).

Серьезные нарушения здоровья, нередко и инвалидность человека, долгий процесс реабилитации выводят эту проблему за рамки только одних медицинских аспектов: "включаются" и психологические последствия для личности, нарушение адаптации, различные реакции на болезнь. Это зависит от личностных особенностей человека. Этим понятием широко охватываются все сферы личности, в том числе ее ценностные ориентации, которые в свою очередь могут быть связаны с типом отношения к болезни больного.

Позвоночно-спинномозговая травма- механическое повреждение позвоночника и (или) содержимого спинномозгового канала (спинного мозга, оболочек, сосудов, спинномозговых нервов), проявляющееся спинальной и корешко-



вой симптоматикой, обусловленной первичными структурно-функциональными изменениями, а в дальнейшем патофизиологическими и патоморфологическими процессами.

1) Повреждения позвоночника возникают под влиянием чрезмерного сгибания, разгибания, вращения и сдавления по оси, может быть сочетание этих факторов. В результате этого возникают изменения в позвоночнике: растяжение и разрыв связок; повреждение межпозвонковых дисков; подвывихи и вывихи позвонков; переломы позвонков и др. [5]

2) Повреждения спинного мозга. Главным фактором, который определяет прогноз заболевания, является степень повреждения спинного мозга. Оно может быть частичным или полным. Если функции спинного мозга частично нарушены, то это говорит соответственно о его частичном повреждении. Если произвольные движения или чувствительность ниже уровня повреждения сохраняются и при этом имеются парез или паралич мышц, то говорится о частичной сохранности проводимости спинного мозга. Если движения или чувствительность отсутствуют, то это свидетельствует о полном нарушении проводимости.

Клинические формы повреждения спинного мозга: сотрясение; ушиб; сдавление; кровоизлияние в спинной мозг; кровоизлияние в пространства, окружающие спинной мозг; анатомическое повреждение спинного мозга. [2]

Данное исследование направлено на изучение ценностных ориентаций и типов отношения к болезни у больных, перенесших позвоночно-спинномозговую травму. При этом группой контроля, а также одновременно и группой сравнения выступают пациенты с остеохондрозом позвоночника. Если сравнивать остеохондроз и позвоночно-спинномозговую травму, то они являются заболеваниями позвоночника, несмотря на то, что они по-разному влияют на спинной мозг и другие системы органов. Однако, различие их не только в соматических проявлениях и их тяжести, но и в последующей реабилитации,



степени восстановления, а также и личностном реагировании на болезнь. К примеру, пациент, перенесший травму спины и/или спинного мозга, может достаточно адаптивно реагировать на заболевание, имея в структуре своей личности такие особенности, которые "помогают" ему бороться с недугом и "поддерживают" его в восстановлении, при этом больной с остеохондрозом может дезадаптивно реагировать на болезнь, тем самым усугубляя свое заболевание, способствуя параллельному формированию других болезней, и наоборот.

Остеохондрозом позвоночника принято в медицине обозначать хроническое заболевание, которое сопровождается дегенеративными изменениями позвонков и межпозвонковых дисков. [3] Причины тому следующие: работа в сидячем положении, в результате чего формируется неправильная осанка, появляются боли в области спины; перегрузки позвоночника-поднимание тяжелых предметов; постоянное ношение высоких каблуков женщинами, избыточный вес; манера неправильно сидеть, ходить (сутулиться, "сидеть, сгорбив спину"). Все эти факторы создают нагрузку на межпозвонковые диски, связки, мышцы позвоночника. В связи этим формируется: шейный остеохондроз, грудной, пояснично-крестцовый.

В связи с этим в рамках исследования возникает вопрос: каковы ценностные ориентации и типы отношения к болезни у больных с остеохондрозом позвоночника по сравнению со спинальными больными?

Ценностные ориентации (В.Л. Абушенко)- это предпочтения или отвержения определенных смыслов как жизнеорганизующих начал и (не) готовность вести себя в соответствии с ними. Ценностные ориентации задают общую направленность интересам и устремлениям личности; иерархию индивидуальных предпочтений и образцов; целевую и мотивационную программы; уровень притязаний и престижных предпочтений; представления о должном и механизмы селекции по критериям значимости; меру готовности и решимости через реализацию собственного «проекта» жизни».



Ценностные ориентации являются системой важных качеств личности, которые формируются на основе ее ценностей. Именно ценностные ориентации определяют действия человека, его поведение в целом, они определяют развитие человека, его рост и становление как личности, отражают отношение человека к окружению.

Системы ценностных ориентаций сформированы исторически и со временем изменяются, так как у самого человека в разных областях жизни происходят изменения.

В систему ценностных ориентаций входят три подсистемы:

- 1) когнитивная - знания об объекте, суждения, связанные с ним;
- 2) эмотивная - чувства, эмоции, которые возникают у нас по отношению к объекту, а также оценки, которые мы можем дать ему;
- 3) поведенческая - действия, поведение по отношению к объекту. [1]

В структуре личности пациента не менее важным для медицинской психологии является отношение к болезни. Структура внутренней картины болезни по В.В.Николаевой включает четыре уровня: 1- чувственный (сенситивный)- комплекс субъективных болезненных ощущений; 2- эмоциональный - эмоциональные реакции на вызванные болезнью ощущения и на последствия болезни в жизни человека; 3- интеллектуальный- знания о болезни и ее рациональная оценка, глубина осознания остроты, тяжести, последствий заболевания; 4- мотивационный- возникновение новых мотивов и перестройки преморбидной-доболезненной- мотивационной структуры и восстановление здоровья (или отношение пациента к своему заболеванию и восстановлению здоровья). [6]

В формировании отношения к болезни главную роль играют преморбидные особенности личности, само заболевание и социально-психологические факторы. К основным типам отношения к болезни относятся: гармоничный, эргопатический, анозогностический, тревожный, ипохондрический, неврастениче-



ский, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. [4]

В нашем исследовании мы хотели бы изучить типы отношения к болезни и ценностные ориентации, их взаимосвязь у пациентов, перенесших позвоночно-спинномозговую травму, и больных с остеохондрозом, а также выявить различия между результатами исследования данных двух групп пациентов.

Целью исследования является изучение типов отношения к болезни пациентов, перенесших позвоночно-спинномозговую травму, и их взаимосвязи с ценностными ориентациями личности, составление и реализация коррекционной программы по итогам исследования.

Объектом исследования является отношение к болезни.

Предмет исследования - связь ценностных ориентаций и типа отношения к болезни у больных с позвоночно-спинномозговой травмой.

Гипотеза нашего исследования - ценностные ориентации личности пациента, перенесшего позвоночно-спинномозговую травму могут быть связаны с определенным типом отношения к болезни.

База исследования: ГБУ РО "ОКБ" г. Рязани (отделения нейрохирургии, медицинской реабилитации, неврологическое).

Данная работа имеет высокую практическую значимость: результаты исследования могут быть использованы в психологической практике при реабилитации пациентов, перенесших позвоночно-спинномозговую травму. Планируемая в последующем коррекционная программа на основе выявленных в работе типов отношения к болезни дополнит методический инструментарий психолога-практика при работе с таким контингентом больных. Также данные, полученные в ходе исследования, могут выступать в качестве просветительской лекции для врачей с целью более глубокого понимания ими типов отношения к болезни и их влияния на лечение, реабилитацию пациентов.



Список литературы:

1. Андреева Г.М. *Социальная психология* / Г.М. Андреева. - М., 1996. - С. 271.
2. Гусев Е.И. *Неврология и нейрохирургия* / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, Г.С. Бурд. – Ростов-на-Дону.: Медицина, 2000.
3. Епифанов В.А. *Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика)* / В.А.Епифанов, А.В.Епифанов. – М. : МЕДпрессинформ, 2008. – 3е изд. – 272 с. : ил.
4. *Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей* / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: СПб НИП-НИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 31 с.
5. *Травматология и ортопедия: Учебник для студентов медицинских вузов* / под ред. Н.В.Корнилова – Изд.2-е. – СПб.: Гиппократ, 2005.
6. Урванцев Л.П. *Психология соматического больного*. – Ярославль. – ЯрГУ. – 2000.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Курушкина Валерия Андреевна

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Ключевые слова: резидуально-органическая церебральная недостаточность, ЭЭГ-признаки, биоэлектрическая активность головного мозга, нарушения когнитивных функций, нейropsихологическое исследование, нейropsихологическая коррекция.

Проблема нарушений психического развития детей с резидуально-органическим поражением головного мозга представляет особую актуальность, поскольку заболеваемость нервно-психическими расстройствами среди новорожденных и детей первого года жизни, которая формирует эту категорию больных, в настоящее время имеет тенденцию к росту [2, 5].

Резидуальная церебрально-органическая патология широко представлена в популяции населения. По данным отечественных и зарубежных исследований, частота ее встречаемости среди детей дошкольного и школьного возраста достигает 5–20% [2].

Для современного состояния области специальной психологии, относящейся к изучению детей, имеющих резидуально-органическую церебральную недостаточность, характерно стремление глубже рассмотреть структуру сложного дефекта и полнее раскрыть особенности психического развития детей данной категории [3,5]. Совокупность психофизиологических параметров функционирования головного мозга ребенка, в сочетании с клинико-психологическими данными позволили бы не только спрогнозировать специ-



фику возможного нарушения психического развития, но и существенно повысить эффективность психологического сопровождения больного ребенка и, следовательно, обеспечить дополнительный ресурс оказания помощи помимо медикаментозного лечения [3, 4, 6].

Психологические исследования детей с различной картиной электроэнцефалограммы (далее - ЭЭГ) позволят лучше понять корреляцию нейрофизиологических и психологических феноменов в клинико-психологической картине нарушений психической деятельности у детей с церебрально-органической патологией [1, 4, 6].

Эмпирическое исследование проводилось на базе ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница». В исследовании приняли участие 40 детей с резидуально-органической церебральной недостаточностью в возрасте 7–9 лет, из которых 29 мальчика и 11 девочек.

Цель исследования: изучить характер нарушений когнитивных функций у детей младшего школьного возраста с резидуальной церебральной органической патологией и ЭЭГ-признаками незрелости биоэлектрической активности головного мозга. В качестве психологических методов исследования использовались: анализ анамнестических сведений и методы нейропсихологического исследования высших психических функций у детей (Л.С. Цветкова, 2002; А.В. Семенович, 2002).

В процессе изучения историй болезни было установлено, что у большинства обследованных детей ЭЭГ были представлены двумя основными типами:

1) ЭЭГ дезорганизованного типа, при котором доминирует недостаточно организованная альфа-активность, регистрирующаяся со средним на границе с высоким индексом, частотой около 9,5 Гц и амплитудой до 100 мкВ, достаточно устойчивого ритма, локализованная в теменно-затылочных и центральных областях коры;



2) ЭЭГ дезорганизованного типа, с преобладанием медленноволновой тета-активности или без отчетливого преобладания определенного вида активности. Альфа-активность выражена недостаточно (среднего индекса), регистрируется в виде групповых колебаний, низкой частоты до 8,5 Гц и низкой амплитуды до 50 мкВ.

Дети с первым типом ЭЭГ составили первую группу эмпирического исследования, в которую вошли 22 человека. Соответственно, вторая группа включила в себя 18 детей со вторым типом ЭЭГ.

В результате эмпирического исследования было выявлено, что фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа сопровождается несформированностью регуляторного фактора, оптико-пространственного фактора, внимательности и модально-неспецифическими нарушениями памяти. Данные результаты позволяют сделать вывод о том, что фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа у детей 7-9 лет с резидуальной церебральной органической патологией сочетается, в первую очередь, с несформированностью функций третичных ассоциативных полей (лобных префронтальных, зоны ТРО) коры больших полушарий головного мозга. Наличие модально-неспецифических нарушений памяти может свидетельствовать о дисфункции первого (энергетического) структурно-функционального блока головного мозга (по А.Р. Лурии), отвечающего за поддержание адекватного тонуса психической деятельности, либо о несформированности корково-подкорковых взаимодействий в осуществлении психических процессов.

Сравнительный анализ выявил статистически достоверные различия между двумя группами детей по таким параметрам, как развитие регуляторного, динамического, конструктивного и пространственного праксиса, понимания логико-грамматических конструкций (квазипространственных отношений), интеллектуальных процессов, навыков письма, чтения и счета. Следовательно, у детей второй группы, на ЭЭГ которых недостаточно выражена альфа-



активность, наблюдаются более выраженная функциональная недостаточность третичных корковых полей и премоторных отделов лобных долей коры больших полушарий головного мозга. Дисфункция стволово-диэнцефальных отделов у детей обеих групп выражена одинаково сильно.

Таким образом, можно утверждать, что фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа у детей 7-9 лет с резидуальной церебральной органической патологией сочетается с несформированностью функций третичных ассоциативных полей коры больших полушарий и первого структурно-функционального блока головного мозга. Также установлено, что чем ниже уровень альфа-активности на ЭЭГ детей младшего школьного возраста, тем более выраженный характер носят нарушения регуляторных функций, кинетического фактора и пространственных синтезов.

Имеющиеся нарушения психических процессов у детей с резидуально-органической церебральной патологией можно элиминировать методами нейропсихологической коррекции. Учет результатов, полученных в ходе проведенного исследования, опора на сформированные и сохранные психические функции помогут определить ведущие «мишени» психокоррекционного воздействия; тем самым, повысить эффективность психологической помощи.

С учетом имеющихся сведений об особенностях психического развития детей с резидуальной церебральной патологией, а также, опираясь на опыт отечественных и зарубежных авторов в оказании психологической помощи данному контингенту, нейропсихологическая коррекционная программа должна быть, в первую очередь, направлена на формирование пространственных представлений, развитие модально-неспецифических аспектов аттентивно-мнестических функций, а также улучшение работы произвольного уровня регуляции поведения.

В заключение хотелось бы отметить, что в процессе оказания помощи детям с нервно-психическими расстройствами особое значение приобретает реа-



лизация принципа комплексности и взаимодействия всех работающих с ребенком специалистов. Знание психологических (в том числе нейропсихологических) коррелятов той или иной неврологической патологии (например, отклонения ЭЭГ) позволяет прогнозировать специфику возможного нарушения психического развития, осуществлять его целенаправленную пропедевтику, а также повысить эффективность психологического сопровождения больного ребенка.

Список литературы:

1. Залата, О.А., Зинченко, С.А., Трибрат, А.Г., Евстафьева, Е.В., Хрипунова, Л.Д. Особенности паттерна текущей ЭЭГ у здоровых детей и детей с нарушением психического развития / О.А. Залата, С.А. Зинченко, А.Г. Трибрат, Е.В. Евстафьев, Л.Д. Хрипунова // *Таврический медико-биологический вестник*. – 2012. – Т. 15, № 3, ч. 2 (59). – С. 100-104.

2. Лаврик, С.Ю., Домитрак, С.В., Шпрах, В.В. Минимальная мозговая дисфункция: распространенность, факторы риска, клинические, нейрофизиологические и нейропсихофизиологические аспекты / С.Ю. Лаврик, С.В. Домитрак, В.В. Шпрах // *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*. – 2014. – №1 (95). – С. 35-39.

3. Лебединский, В.В., Марковская, И.Ф., Лебединская, К.С., Фишман, М.Н., Труш, В.Д. Клинико-нейропсихологический и нейрофизиологический анализ аномалий психического развития детей с явлениями "минимальной мозговой дисфункции" / *Хрестоматия по нейропсихологии: учебное пособие* // ред. Е.Д. Хомская. – М.: Российское психологическое общество, 1999. – С. 464-466.

4. Полякова, В.Б. Атлас электроэнцефалограмм детей с различной патологией головного мозга. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 280 с.



5. Туровская, Н.Г., Тимофеев, А.В. Психические расстройства в детском возрасте. Возможности психологического сопровождения / Н.Г. Туровская, А.В. Тимофеев // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – Т. 42, №2. – С. 112-116.

6. Фишман, М.Н. Нейрофизиологические механизмы отклонений в умственном развитии у детей: методическое пособие. – М.: Издательство Экзамен, 2006. – 156 с.



ТЕЛЕСНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Луценко Екатерина Николаевна, Василенко Татьяна Дмитриевна,
Селин Александр Владимирович*

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Ключевые слова: телесная идентичность, подростки, аллергические заболевания.

Феномен телесности включает в себя телесное и духовное, временное и пространственное, биологическое, социальное и культурное. Тело человека является детально изученным лишь в медицине и естественных науках. Человеческое тело невозможно рассматривать изолированно от его памяти, мышления, духовности, сознания и других составляющих.

Проблема тела и телесности человека затрагивается во многих областях психологии. Большинство эмпирических исследований в психологии телесности посвящено изучению образа тела.

Актуальность проблемы феномена телесности на современном этапе обуславливается в первую очередь тем, что человеческая телесность так или иначе встроена в любой вид деятельности — наше тело участвует во всем, что мы делаем. С помощью тела мы предьявляем себя и взаимодействуем с окружающим миром. Наше тело и все, что с ним связано, является одним из средств самовыражения. Природа тела, закономерности его изображения и представления, сущность тела и телесности активно обсуждаются на научных конференциях, отражаются и описываются в научных статьях, междисциплинарных сборни-



ках, серийных публикациях. Феномену телесности посвящены множество научных работ в области философии, социологии, культурологии и психологии.

Феномен телесности является сложным и многомерным, что создает трудности в его изучении и описании. Психология рассматривает не само тело как таковое, а определенные состояния сознания, которые связаны с телом, например, нарушение схемы тела, его границ либо ощущений. Проблема тела и телесности человека тем или иным образом затрагивается в психологии личности, нейропсихологии, психофизиологии, психологии развития, психосоматике, специальной психологии, психология внешности и других.

Тхостов А.Ш. говорит, что телесность человека – это первый в онтогенезе предмет овладения и трансформации в универсальное орудие и знак. [5]

В.В.Николаева пишет: "Телесность оказалась "теоретически невидимой" для психологии, несмотря на свою очевидность". Она отмечает, что "бестелесная" психология и педагогика упускают целые пласты важнейшей реальности человеческого существования, сталкиваясь с ней лишь в форме "ущербности", искаженного развития или патологии. Термин "телесность" она трактует как культурно-исторический феномен, соотносимый по закономерностям развития и функционирования с высшей психической функцией, как результат онтогенетического психосоматического развития и социализации. [4]

В отечественной науке возникновение понятия «человеческая телесность» связано, прежде всего, с именем А. Ф. Лосева, который в своих трудах использовал его для характеристики социальных качеств человеческого тела. Тело как таковое - это объект естествознания, средоточие действия законов органического мира. Человеческое тело, помимо действия общих законов жизни, подвержено влиянию закономерностей социальной жизни, которые, не отменяя первых, существенно модифицируют их проявление. Собственно говоря, эта простая и достаточно бесхитростная мысль легла в основу всей концепции че-



ловеческой телесности как философского подхода к осмыслению специфики человеческого тела. [3]

По В. Л. Круткину, телесность человека является его интегральной характеристикой, не совпадающей с той или другой его стороной (например «биологической» или «материальной» в противоположность «социальной» или «духовной»), она охватывает как физические, так и метафизические его параметры. Тело - способ, каким природа становится человеком. Человеку не просто дается данное тело, ему дается тело в данном мире. Тело и общество не находятся в состоянии антагонизма. Общество генетически «входит» в плоть индивида, оно социотехнически «входит» и в его тело.

Тело, прошедшее социализацию, перестает быть просто физическим, о нем уже нужно говорить как о социальной телесности. [2]

Корни еще одной проблемы телесности в психологии Л. В. Жаров объясняет преобладанием теорий моральной оценки телесных феноменов, которые во многом исходят из установок гуманистической психологии и роста толерантности общества по отношению к функциям тела. [1]

Таким образом, **проблемой исследования** является вопрос: как влияет аллергическое заболевание на телесную идентичность у подростков?

Объект – телесная идентичность.

Предмет – особенности телесной идентичности у подростков с аллергическими заболеваниями.

Цель исследования: исследовать особенности телесной идентичности у подростков, страдающих аллергическими заболеваниями.

Центральная гипотеза: имеет место отличия телесной идентичности у подростков с аллергическими заболеваниями в сравнении со здоровыми.

Для достижения этой цели были поставлены **задачи:**

1) Осуществить теоретико – методологический анализ проблемы влияния аллергического заболевания на телесную идентичность.



2) Выявить особенности телесной идентичности у подростков, страдающих аллергическими заболеваниями, в сравнении со здоровыми.

3) Разработать принципы психологического сопровождения подростков с аллергическими заболеваниями.

Материалы и методы: данное исследование проводилось в период с 14 ноября по 16 декабря 2016 года под руководством Василенко Т.Д. и Селина А.В., на базе ОБУЗ «Детская областная больница имени Кольцова», а так же в МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №57» г. Курск.

В исследовании приняли участие 20 человек в возрасте от 12 до 14 лет. Из них 10 детей с аллергическим заболеванием и 10 не имеют данного заболевания.

В качестве методов исследования были применены следующие методики:

1. Доэкспериментальное интервью в форме беседы.
2. Полоролевой опросник С. Бэм.
3. Качество телесных ощущений – А. Ш. Тхостов.
4. Индекс жизненной удовлетворенности Н. В. Паниной.
5. Измерение эмоций – «Шпана».
6. Диагностика мотивов аффилиации А.Мехрабиан.

Результаты и их обсуждение:

В результате методики «Качество телесных ощущений» – А. Ш. Тхостов, были получены статистически значимые различия по следующим критериям: «Часто испытываемые ощущения», «Негативный аффект», «Общий фон настроения». Анализируя полученные данные, были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости. Это можно объяснить тем, что в ситуации аллергического заболевания больные часто испытывают разнообразные ощущения. Данные показатели свидетельствуют о том, что у подростков данной группы возникают специфические испытываемые ощущения, не свойственные людям, которые не имеют опыта данного заболевания. У них происхо-



дит расширение «болезненного» словаря, что объясняется тем, что в нем остаются ощущения дискомфорта связанного аллергическими приступами и отрицательными эмоциональными состояниями. Также это может быть связано с психологическими изменениями в организме подростков.

По шкале «Измерение эмоций», анализируя полученные данные, были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости. Это может быть связано с ассоциацией воздействующего фактора с неприятным опытом в прошлом. Типичный набор эмоциональных состояний аллергика включает в себя гнев, чрезмерную агрессию, терзания из-за прошлых ошибок и неприятных фактов действительности, напряжённость и угрызения совести.

При исследовании методикой «Диагностика мотивов аффилиации» А.Мехрабиан было выявлено, что одним из распространенных типов мотивов стал мотив «низкий – высокий» (СП ниже медианы, СО выше медианы) - мотив «страх отвержения», который может быть связан с тем что в большинстве ситуаций потребность в аффилиации остается неудовлетворенной или же вовсе отвергается. Такой же распространенностью обладает мотив высокий-высокий (СП выше медианы, СО выше медианы), это может быть связано с тем у подростков с данным мотивом присутствует страх быть отвергнутым группой, который препятствует удовлетворению их потребности в принятии, в общении с другими людьми. Такой же распространенностью обладает мотив высокий-высокий (СП выше медианы, СО выше медианы), это может быть связано с тем у подростков с данным мотивом присутствует страх быть отвергнутым группой, который препятствует удовлетворению их потребности в принятии, в общении с другими людьми. Одной из основных причин развития психосоматической аллергии являются внутренние противоречия. Таковыми могут быть, к примеру, неприязнь к кому-то, и одновременно желание получить признание



или одобрение этого человека, или любовь и, при этом, желание оставаться независимым.

По результатам методики «Полоролевой опросник» при анализе данных было выявлено, что у подростков, страдающих аллергическими заболеваниями преобладают андрогинные черты. у андрогинов черты представлены гармонично и взаимодополняемо. Считается, что такая гармоничная интеграция маскулинных и фемининных черт повышает адаптивные возможности андрогинного типа. Это может быть связано с тем, что в пубертатный период развития в течение относительно короткого периода тело подростка претерпевает значительные изменения. Это влечет необходимость реконструкции телесного образа «Я» и построение гендерной идентичности.

При исследовании методикой «Индекс жизненной удовлетворенности», анализируя полученные данные, были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости, показывающие степень оптимизма, удовольствия от жизни. Высокие показатели по данной шкале у подростков, страдающих аллергическими заболеваниями, могут быть связаны с психологическими защитами, которые выполняют компенсирующую функцию.

Выводы:

В результате исследования были выявлены следующие особенности телесной идентичности у подростков, страдающих аллергическими заболеваниями, в сравнении с здоровыми:

- у подростков данной группы возникают специфические испытываемые ощущения, не свойственные людям, которые не имеют опыта данного заболевания в результате чего у них происходит расширение «болезненного» словаря и следовательно более высокий уровень часто испытываемых ощущений чем у здоровых подростков;

- у подростков страдающих аллергическими заболеваниями наблюдается более высокий уровень негативного аффекта, в сравнении со здоровыми. Это



можно может быть связано с ассоциацией воздействующего фактора с неприятным опытом в прошлом. Типичный набор эмоциональных состояний аллергия включает в себя гнев, чрезмерную агрессию, терзания из-за прошлых ошибок и неприятных фактов действительности, напряжённость и угрызения совести;

- у подростков данной группы повыше общий эмоциональный фон. Высокие показатели по данной шкале у подростков, страдающих аллергическими заболеваниями, могут быть связаны с психологическими защитами, которые выполняют компенсирующую функцию;

- при анализе данных было выявлено, что одним из распространенных типов мотивов стал мотив «низкий – высокий» (СП ниже медианы, СО выше медианы) - мотив «страх отвержения», который может быть связан с тем что в большинстве ситуаций потребность в аффилиации остается неудовлетворенной или же вовсе отвергается. Такой же распространенностью обладает мотив высокий-высокий (СП выше медианы, СО выше медианы), это может быть связано с тем у подростков с данным мотивом присутствует страх быть отвергнутым группой, который препятствует удовлетворению их потребности в принятии, в общении с другими людьми;

- при анализе данных было выявлено, что у подростков, страдающих аллергическими заболеваниями преобладают андрогинные черты.

Список литературы:

1. Жаров Л. В. Двадцатилетний опыт изучения проблемы человеческой телесности (взгляд врача и философа) / Л. В. Жаров. – Ростов н/Д., 2001.
2. Круткин, В. Л. Телесность человека в онтологическом измерении //Общественные науки и современность. М., 1997



3. Лосев А.Ф. *Философия. Мифология. Культура.* М.: Политиздат, 1991.
4. Николаева В.В., Арина Г.А. *Психология телесности: методологические принципы и этапы клиникопсихологического анализа.*// Арина Г.А., Николаева В.В. *Междисциплинарные проблемы психологии телесности.*, М., Изд. Московского Гуманитарного Университета, 2007.
5. Тхостов А.Ш. *Психология телесности.* М, 2008.



ВЫРАЖЕННОСТЬ ФАНТОМНЫХ БОЛЕЙ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ И ОБРАЗОМ ТЕЛА У ЛИЦ С АМПУТАЦИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Маликова Любовь Андреевна, Фаустова Анна Геннадьевна
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: фантомные боли, качество жизни, образ тела, ампутация конечностей.

Ампутация конечностей влечет за собой изменение структуры тела, оказывающее влияние как на особенности восприятия своего тела [1], так и влияющие на деятельность человека в целом, в том числе удовлетворенность качеством жизни [2].

Ампутация конечностей сопряжена с появлением фантомных болей [3]. В 90-98% случаев инвалиды сообщают о том, что по-прежнему ощущают свои конечности там, где они должны располагаться [4].

По данным А. Saradjian, R.A. Thompson, D. Datta ампутация конечности оказывает экстенсивное воздействие на жизнь человека, неотъемлемым является изменение образа тела, влекущее за собой появление депрессивных симптомов, снижение самооценки, повышение уровня тревожности и ухудшение качества жизни, развитие фантомных болей [5].

Целью исследования является изучение специфики выраженности фантомных болей как показателя (не) удовлетворенности качеством жизни и образом тела у лиц с ампутацией конечностей. Гипотеза исследования основана на предположении, что степень выраженности фантомных болей отрицательно сказывается на удовлетворенности качеством жизни и восприятии образа тела.



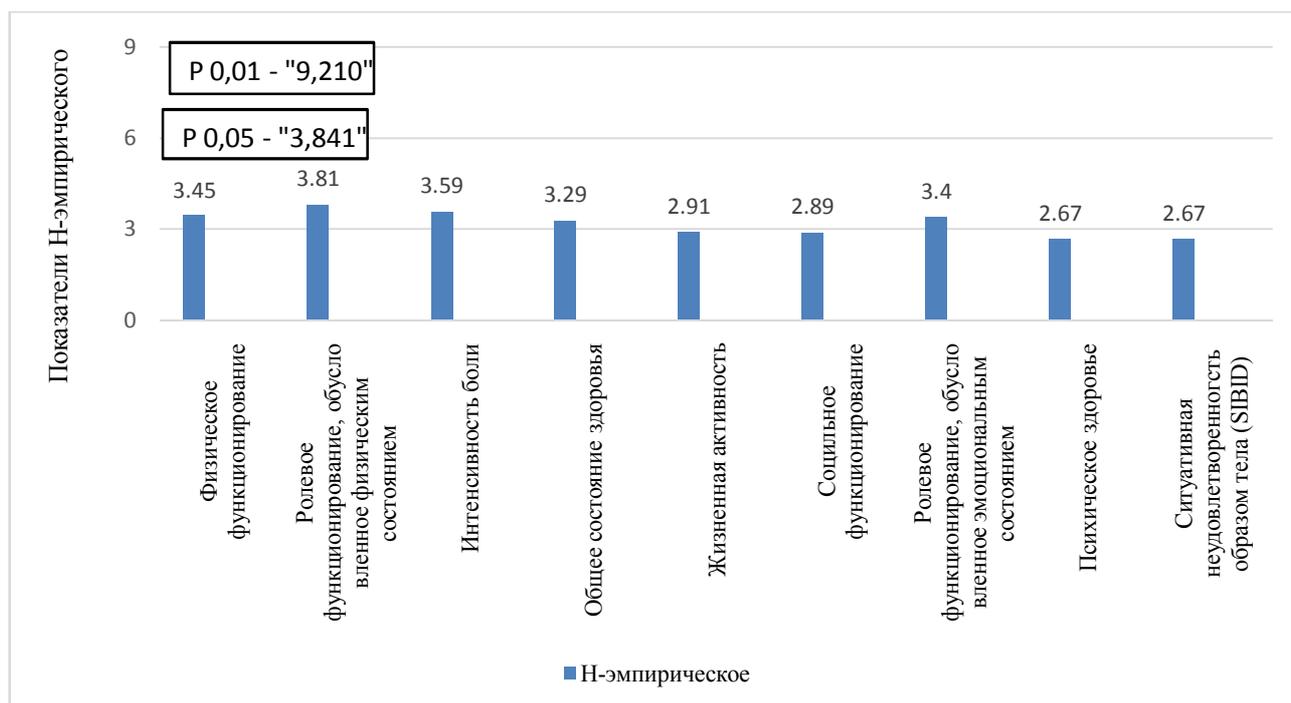
В данном эмпирическом исследовании приняли участие 48 человек, 18 мужчин и 30 женщин. Выборка для эмпирического исследования была сформирована на базе Otto Bock Health Care (Немецкий протезно-ортопедический концерн ОТТО БОКК, офис г. Москвы) и Рязанского протезно-ортопедического предприятия Министерства труда и социальной защиты РФ.

В ходе эмпирического исследования применялись метод анкетирования (ФИО исследуемого, возраст, семейное положение, уровень ампутированной конечности, выраженность фантомных болей) и метод стандартизированного самоотчета, который представлен следующими методиками:

- методика SF-36 («Краткая форма оценки здоровья») (J.E. Ware, 1992г.), направленная на изучение качества жизни, связанного со здоровьем.
- опросник SIBID («Ситуативная неудовлетворенность образом тела»)(Т.Ф. Cash, 1994г.), направленный на оценку негативного отношения к собственному телу в различных ситуациях.

Для математико-статистической обработки эмпирических данных использовался непараметрический Н-критерий Краскала-Уоллеса. Для математико-статистического анализа использовался стандартный пакет Microsoft Excel и пакет прикладных программ STATISTICA 10.0.

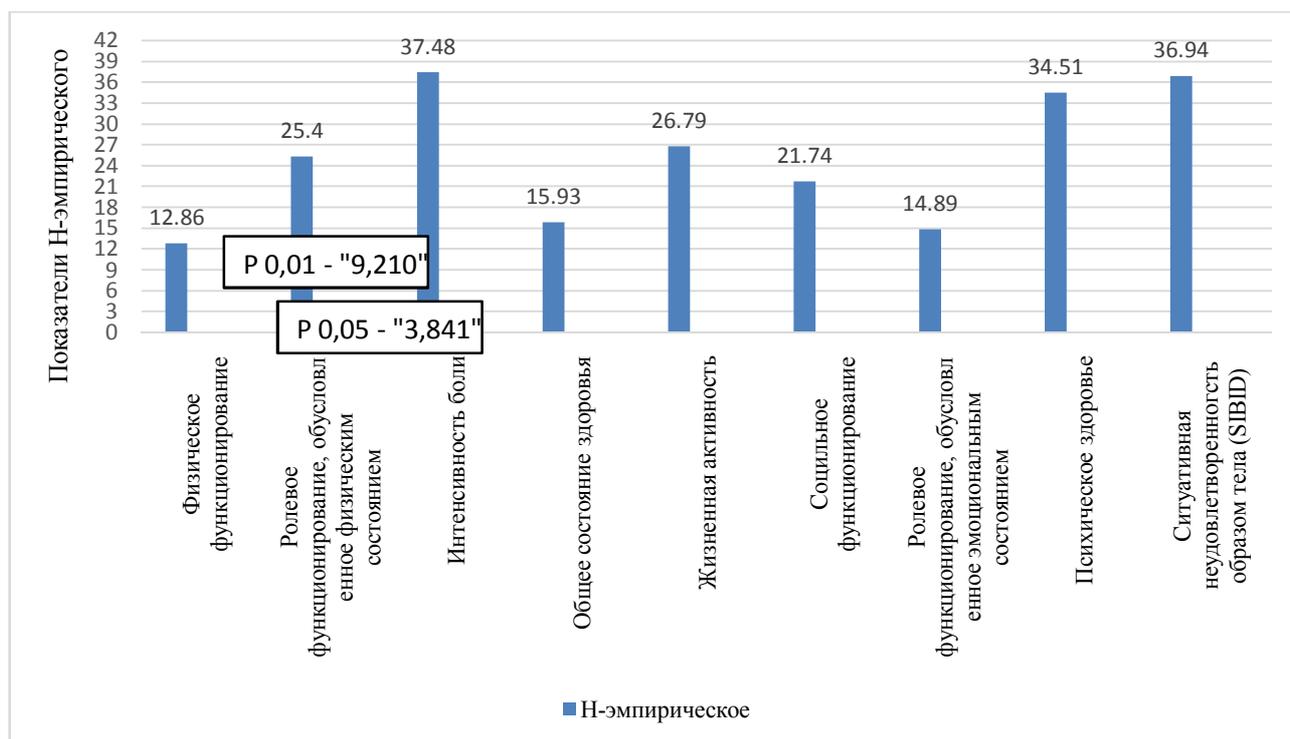
В силу того, что в исследовании приняли участие респонденты, имеющие ампутации нижних, верхних, а также нижних и верхних конечностей одновременно, была проведена оценка достоверности межгрупповых различий с помощью непараметрического Н-критерия Краскала-Уоллеса с целью обоснования возможности рассматривать экспериментальную выборку как однородную и репрезентативную. Результаты представлены в гистограмме 1.



Гистограмма 1. Оценка достоверности различий локализации ампутации и показателей качества жизни, восприятия образа тела с помощью Н - критерия Красскала-Уоллеса при $p < 0,05$.

Проведенная оценка межгрупповых различий демонстрирует, что пациентам, имеющим разную локализацию уровня ампутации, не свойственны различия в оценках качества жизни и ситуативной удовлетворенности образом тела, что дает основание рассматривать выборку из 48 респондентов как единую.

Для подтверждения существования межгрупповых различий по степени выраженности фантомных болей, была проведена оценка достоверности различий по выраженности фантомных болей (слабые фантомные боли, умеренные и сильные) и показателей качества жизни и образа тела, с помощью Н – критерия Красскала-Уоллеса. Результаты представлены в гистограмме 2.



Гистограмма 2. Оценка достоверности различий выраженности фантомных болей и показателей качества жизни и образа тела с помощью Н - критерия Краскала-Уоллеса при $p \geq 0,01$.

В результате сравнения групп по степени выраженности фантомных болей и показателей оценивания качества жизни, образа тела, было выявлено, что индивиды, имеющие разную степень выраженности фантомных болей иначе оценивают качество жизни и образ тела, что подтверждает гипотезу исследования.

На основании полученных межгрупповых различий, можно предположить, что для человека, имеющего сильные фантомные боли, будет характерна негативная, заниженная оценка качества жизни и неудовлетворенность образом тела, а слабая фантомная боль связана с более позитивной оценкой качества жизни и принятием своего образа тела. Полученные результаты подтверждают наше предположение исследования о наличии связи между качеством жизни, образом тела и интенсивностью фантомных болей, и согласуются с результатами, полученными С.Р. van der Schans, Т.С. Geertzen, Р.У. Dijkstra. В рамках ис-



следования авторов, были выявлены межгрупповые различия по степени выраженности фантомных болей и показателей качества жизни [6].

Таким образом, полученные результаты позволят обратить внимание специалистов на такой важный аспект реабилитации пациентов с ампутациями конечностей как фантомные боли и их выраженность. В силу недостаточной изученности рассматриваемых феноменов, данная область исследований является перспективной для дальнейшей разработки.

Список литературы:

1. Труфанова С.И. *Психологические особенности трансформации Я-физического у пациентов ампутиционной и эстетической хирургии* : дис. канд. психолог. наук / Труфанова Светлана Ивановна ; ФГАОУ ВО «Южный Федеральный Университет» Министерства образования и науки РФ. – Ростов-на-Дону, 2017. 199 с.
2. Папура А.А. Категория качество жизни в психологических исследованиях [Электронный ресурс] / А.А. Папура // Прикладная психология и психоанализ: электронный научный журнал. 2010. № 3. Режим доступа: <https://ppip.idnk.ru/index.php/vypusk-3-2014/9-2011-02-24-12-27-14/-3-2011/554-2011-09-28-06-11-46>(дата обращения: 27.02.17)
3. Dijkstra, P.U., Geertzen J.H., Schans C.P. *Phantom pain and risk factors: a multivariate analysis* // *Journal of pain and symptom management*. 2002. № 6. p. 578 – 585.
4. Гордиевская Е.О., Овчинников Б.В. *Индивидуально-психологические особенности инвалидов с ампутациями конечностей как значимый фактор их реабилитации* // *Вестник Санкт-Петербургского Университета*. 2008. № 2. С. 339 – 344.



5. Saradjian A., Thompson R. A., Dipak D. *The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: Positive coping and minimizing feeling different* // *Journal of Disability and Rehabilitation*. 2008. № 30. p. 871-883.

6. Schans C.P, Geertzen J.H., Schoppen T., Dijkstra P.U. *Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees* // *Journal of pain and symptom management*. 2002. № 4. p. 429 – 436.



ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Маматова Наргиза Тоиржоновна

СамМИ, г. Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: психопатологические расстройства, нарушения мозгового кровообращения, психоз.

Цель: изучение психопатологических расстройств у больных с хроническими нарушениями мозгового кровообращения с целью разработки оптимальных мер реабилитации.

Материал и методы: было проведено клинико-патофизиологическое обследование 83 больных (мужчин-50, женщин-33), находившихся на стационарном лечении в геронтологическом отделении Самаркандской областной больницы 2015-2017 годах. По возрасту тематические больные распределились следующим образом: до 40 лет – 3, 41-50 лет – 14, 51-60 лет – 18, 61-70 лет – 28, старше 71 лет – 20 пациентов. Все пациенты страдали хроническим расстройством мозгового кровообращения различной степени выраженности, подтвержденным клинико-параклиническими обследованиями – невротическим статусом, МРТ и КТ головного мозга, МР-ангиография.

Результаты: Психические изменения у тематических больных были очень полиморфны: от неврозов - и психопатоподобных состояний (35 больных, 42,2%); острых психозов (16 больных, 19,3%); подострых и хронических психозов (20 больных, 24,1%); до различных синдромов деменции (12 больных, 14,5%), сопровождающихся (5 больных, 6,1%) или не сопровождающихся (7 больных, 8,4%) неврологическими нарушениями. Наиболее удобной в практи-



ческом отношении представляется следующая систематика психических расстройств: начальные («непсихотические», неврозоподобные, псевдодневрастенические) синдромы; различные синдромы сосудистой деменции; психотические синдромы (синдромы экзогенного типа, аффективные, бредовые и др.), которой мы и придерживались. Клиническая картина личностных изменений определялась преморбидным складом личности, а также особенностями сосудистого процесса. При этом в течении сосудистого заболевания у всех больных наблюдались утрата тонких нюансов в характере, сглаживание преморбидных особенностей личности. При прогредиентном течении сосудистого заболевания стойкое общее обеднение психики и симптомы выпадения достигали такой степени, что начальные расстройства стирались и переходили в сосудистую деменцию.

Таким образом, психические расстройства при хронических нарушениях мозгового кровообращения отличаются большой полиморфностью и требуют дифференцированного терапевтического подхода при назначении психотропных средств, а также, в назначении препаратов базовой терапии сосудистых расстройств. Особенно на начальных этапах проявления недостаточности мозгового кровообращения с целью устранить, либо минимизировать осложнения, связанные с данной распространенной патологией головного мозга.

Список литературы:

1. Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч. *Туберкулез легких при психических заболеваниях и наркоманиях.* М.: Медицина, 1996.

**ПРОЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ «АФФЕКТИВНАЯ СФЕРА И РАННИЕ
ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ У БОЛЬНЫХ ОБСЕССИВНО-
КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ»**



Махмудова Айдан Назим кызы

ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, схема-терапия, аффективные расстройства.

На протяжении долгого времени частота заболевания ОКР была недооценена и не принята во внимание, так как многие пациенты скрывают свою болезнь, стыдятся ее, так и не приступая к серьезному лечению. На данный момент, распространённость людей, больных ОКР, достаточно высока. По некоторым данным, она определяется показателем 1,5% (имеются в виду «свежие», недавние случаи заболеваний) или 2—3 %, если учитываются эпизоды обострений, которые наблюдались в течение всей жизни.

Общепринятой биографии обсессивно-компульсивного расстройства на данный момент не существует. Каждый случай заболевания имеет свою неповторимую и уникальную историю, в которой переход от нормального страха к ритуалам, обсессиям и компульсиям, является труднораспознаваемым, границы этого перехода также крайне размытые. Данные факты представляют одну из основных проблем лечения этого расстройства.

Схема-терапия, разработанная Джеффри Янгом, делает попытку раскрыть для пациентов связь между дисфункциональными условиями развития в детстве и юности и паттернами настоящего. Знание о ранних дезадаптивных личностных схемах может сыграть важную роль в работе, переструктурирующей способы совладания в стрессовых ситуациях.

В России в настоящее время отмечается большая распространённость психофармакологического метода лечения ОКР и малоизученность особенностей ранних дезадаптивных схем у больных ОКР. Для более широкого и ус-



пешного использования схема-терапии как метода лечения необходимо изучение особенностей ранних дезадаптивных схем больных ОКР и их связи с особенностями аффективной сферы таких пациентов.

Цель исследования: изучить и описать особенности аффективной сферы и ранних дезадаптивных личностных схем у больных ОКР.

Задачи исследования:

- 1) изучить и описать особенности дезадаптивных личностных схем у больных ОКР;
- 2) изучить и описать характер аффективных расстройств у больных ОКР;
- 3) изучить связь аффективных нарушений с различными вариантами ранних дезадаптивных личностных схем у больных ОКР.

Материалы и методы:

Планируемое количество обследуемых – 20 пациентов, больных ОКР, в возрасте от 24-48 лет.

Методы исследования: 1) психодиагностический; 2) клинико-биографический; 3) статистический.

Методики исследования: Опросник для диагностики ранних дезадаптивных личностных схем (Jeffrey Young, Ph.D., 2005; Касьяник П.М., Романова Е.В., перевод и адаптация, 2014); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A.S. и Snaithe R.P., 1983).

Результаты исследования: на данный момент обследовано 20 пациентов, больных обсессивно-компульсивным расстройством. По результатам статистического анализа полученных результатов было выявлено следующее: 1) наиболее выраженной схемой в данной группе является схема “жесткие стандарты/придирчивость” ($59,4 \pm 2,5$); 2) наименее выраженной схемой в данной группе является схема “дефективность/стыдливость” ($20 \pm 1,6$);



3) показатели тревоги в данной группе являются клинически выраженными ($11,9 \pm 2,4$), показатели депрессии являются субклинически выраженными ($8 \pm 3,2$).

Список литературы:

- 1. Арнтц А., Якоб Г., перевод Плотниковой Е., Практическое руководство по схема-терапии, 2016;*
- 2. Барлоу Д., перевод с английского под ред. профессора Э.Г. Эйдемиллера. Клиническое руководство по психическим расстройствам — 3-е изд. — Санкт-Петербург: Питер, 2008;*
- 3. Бурно А.М. Дифференциальная когнитивно-поведенческая терапия обсессивно-компульсивных расстройств./Дисс. .канд., М. – 2000;*
- 4. Галимзянова М. В. , Касьяник П. М., Романова Е.В., Выраженность ранних дезадаптивных схем и режимов функционирования схем у мужчин и женщин в период ранней, средней и поздней взрослости, 2016;*
- 5. Гуревич М.О. Учебник психиатрии / М.О. Гуревич, М.Я. Серейский, 1946;*
- 6. Моритц Ш., Хаусшилдт М., Гарамова Е., Успешное преодоление обсессивно-компульсивного расстройства-Метакогнитивный тренинг-выявление “ловушек мышления”, 2012;*
- 7. Kwak K., Lee S., A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder, 2015;*
- 8. Yoosefi A., RajeziEsfahani S., Pourshahbaz A., Dolatshahee B., Assadi A., Maleki F., Momeni S., Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders, 2016;*
- 9. Young J.E., Schema Therapy: A Practitioner’s Guide, New York, 2003;*



10. *Wilhelm S., Noah C. Berman, Mechanisms of Change in Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: Role of Maladaptive Beliefs and Schemas, 2015.*



ИЗМЕНЕНИЯ В СУБЪЕКТИВНОЙ СКОРОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРЕМЕНИ КАК МАРКЕР СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В ПОЗДНОМ ВОЗРАСТЕ

Мелёхин Алексей Игоревич

Российский геронтологический научно-клинический центр; лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях Института психологии Российской Академии Наук (ФГБУН ИП РАН), г. Москва, Россия

Ключевые слова: субъективное течение времени, восприятие времени, брадихрония, тахихрония, тахипсихия, ментальное путешествие во времени, пожилой возраст, старческий возраст, поздний возраст.

В геронтопсихиатрии наличие у пожилого пациента *хронопатологических феноменов* или *нарушения темпоральных механизмов* в форме изменений в субъективной скорости течения времени рассматривают как одно из звеньев патогенеза:

- *Психических расстройств*: депрессия с тоскливым, апатичным или тревожным аффектом [1;2;4;8;9]; биполярное расстройство 2 типа [2]; тревожное расстройство при котором наблюдается аффективная хронометрия [4;6;8]; психозы позднего возраста [6]; посттравматическое стрессовое расстройство [8]; пограничное расстройство личности; расстройства личности (истерическое, антисоциальное, нарциссическое) [4].
- *Нейродегенеративных расстройств*: при болезни Паркинсона, Альцгеймера, лобно-височная деменция и рассеянный склероз [3;8];
- *Неврологических расстройств*: дисциркуляторная энцефалопатия, инсульт правого полушария, аневризма сосудов, опухоли головного мозга, тя-



желая черепно-мозговая травма, поражения мозжечка, медиальной височной доли, а также эпилепсии[3;7;8].

При нормальном течении старения наблюдается быстрое, *не ускоренное* течение времени в форме тахипсихии [1;5]. В основе изменений в субъективном течении времени в позднем возрасте лежит полиэтиологичность и полиморфность, что требует учета особенностей сомато-, психо-, социогенеза. В связи с этим **целью исследования** является выявление характера влияния изменений в гериатрическом статусе на субъективную скорость течения времени в пожилом и старческом возрасте.

Гипотеза исследования: изменения в гериатрическом статусе могут оказывать влияние на субъективную скорость течения времени в пожилом и старческом возрасте.

Выборка исследования: Отбор и обследование гериатрических пациентов осуществлялся в период с 2013 г. по 2016 г. в Консультативно-диагностическом центре № 2 и Городской поликлинике № 186 г. Москвы. Организация групп участников исследования представлена на рис. 1





Рис. 1 Организация возрастных групп респондентов и критерии включения участников в исследование. Примечание. МоСА - Монреальская шкала оценки когнитивных функций; GDS-30- гериатрическая шкала оценки депрессии; CIRS-G - гериатрическая шкала кумулятивности расстройств

Методики исследования были разделены на следующие диагностические блоки:

I. Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья, которая включала в себя: гериатрическую шкалу кумулятивности расстройств (CIRS-G); шкалу оценки субъективного возраста Б. Барака (Cognitive age-decadescale); краткий опросник качества жизни ВОЗ (WHOQOL-BREF); Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (МоСА); гериатрическую шкалу оценки депрессии (GDS-30); Калифорнийскую шкалу оценки чувства одиночества (R-UCLA-LS).

II. Субъективная скорость течения времени: для оценки субъективного течения в различных жизненных ситуациях использовался тест осознания времени А. Соломона (TimeAwarenessTest); для оценки субъективного течения в прошлом и настоящем времени использовался тест выбор метафор М. Валача и Л. Грина (TimeMetaphorScale); для оценки субъективного течения времени в различных возрастных периодах для этого использовался тест оценки восприятия скорости течения времени Р. Лимлича (tests subjective acceleration of time).

Результаты исследования

- Основываясь на показателях хронологического возраста в пожилом и старческом возрасте преобладает *неопределенность* в определении субъективного течения времени. Субъективную неопределенность в позднем возрасте следует рассматривать как ответную реакцию на ускоряющийся образ жизни с повышенным требованием к готовности принимать и отвечать на вызовы неопределённости и ситуации риска. Учитывая *теорию самодетерминации человека*



Э. Дейси и Р. Райанасостояние неопределенности выступает может выступать продуктивным условием для рефлексии для дальнейшего личностного самоопределения, изменения образа жизни и усиления толерантности к неопределенности как психологической устойчивости.

- В отличие от хронологического, субъективный возраст позволяет детальнее описывать динамику изменений в субъективном течении времени в позднем возрасте. Пожилые люди, которые оценивают свой субъективный возраст *моложе*, отмечают *быстрое* течение времени. При оценке субъективного возраста *идентично* хронологическому возрасту наблюдается *неопределенность* в оценке субъективной скорости течения времени. Те респонденты, которые оценивают свой субъективный возраст *старше* хронологического возраста отмечают *медленное* течение времени.

- В целом по жизни респонденты пожилого возраста отмечают *быстрое* течение времени, в отличие от людей старческого возраста, которые отмечают его *замедление*. В позднем возрасте наблюдается *неоднозначность* в субъективной скорости течения времени в зависимости от вида деятельности. В *рутинной деятельности* наблюдается *неопределенная оценка* скорости течения времени с тенденцией к *медленному* его течению. В целенаправленной деятельности - *быстрое* течение времени. Сами люди позднего возраста считают, что изменения в восприятии времени связаны с возрастом, занятостью, типом деятельности и наполненностью жизни событиями.

- Оценка субъективной скорости течения времени в прошлом и настоящем времени показала, что в отличии респондентов 55-60 лет у которых наблюдается *феномен акселерации субъективного течения времени* в настоящем по сравнению с прошлым временем, в группах 61-74 и 75-90 лет наоборот наблюдается *феномен ретардации субъективного течения времени*.

- Оценка субъективной скорости течения времени в различные возрастные периоды показала, что большинство респондентов отмечают, что в раз-



личных возрастах время течет неодинаково – то быстро, то медленно. У респондентов пожилого возраста наблюдается феномен акселерации субъективного течения времени на данный момент, в отличие от других возрастных периодов. В старческом возрасте субъективное течение времени в ранней юности носит неопределенный характер, в связи с наличием борьбы с трудностями и опытом потерь.

- Показано, что уровень образования, состояние социальных ресурсов, изменения в гериатрическом статусе выступают предикторами, определяющими субъективную скорость течения времени в позднем возрасте. Помимо выше отмеченного, у респондентов 61-74 и 75-90 лет оценка субъективного возраста выступает предиктором изменений в субъективном течении времени.

Список литературы:

1. Балашова Е.Ю., Микеладзе Л.И. Возрастные различия в восприятии и переживании времени // Психологические исследования. 2013. Т. 6, № 30. С. 9
2. Зимина С.В., Костюкова Е.Г. Дневная динамика восприятия времени при заторможенной и тревожной депрессии у больных биполярным расстройством II типа // Журнал неврологии и психиатрии Корсакова. 2016. № 12. Т.116. с. 34-38
3. Allman M.J., Meck W.H. Pathophysiological distortions in time perception and timed performance. //Brain. 2012. Vol. 135. № 3. pp. 656-677.
4. Bahadirli N., et al. Time Perception and Psychiatric Disorders. //Psikiyatri Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 2013. Vol. 5. № 3. pp. 355-377. doi: 10.5455/cap.20130524.
5. Droit-Volet S. Time does not fly but slow down in old age //Time & Society. 2016. pp. 1-23. doi: 10.1177/0961463X16656852



6. Fuchs T. *Temporality and psychopathology.* // *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 2013, Vol. 12, № 1, pp 75–104. doi: 10.1007/978-90-481-2646-0_28
7. Piras F., et al. *Time Dysperception Perspective for Acquired Brain Injury.* // *Front Neurol.* 2013. № 4. Vol. 217. doi: 10.3389/fneur.2013.00217
8. Teixeira S., et al. *Time perception distortion in psychiatric and neurological disorders.* // *CNS NeurolDisord Drug Targets.* 2013. Vol. 12. № 5. pp. 567-582. doi: 10.2174/18715273113129990080
9. Thönes S., Oberfeld D. *Time perception in depression: a meta-analysis.* // *Affect Disord.* 2015. № 1. Vol. 175. pp. 359-372. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.057



ВЛИЯНИЕ САМООЦЕНКИ СУПРУГОВ НА ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ

Миронова Елена Александровна, Пузырёва Людмила Александровна

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия

Ключевые слова: семья, роль семьи, удовлетворенность браком, самооценка супругов.

В последние годы в развитии института семьи как в нашей стране, так и за рубежом наблюдается ряд негативных явлений: все больше людей предпочитает не вступать в брак, увеличивается число одиноких мужчин и женщин, увеличивается количество альтернативных форм устройства собственной жизни, растет количество разводов, снижается уровень рождаемости, становится больше «неполных» семей, нарастает количество «повторных» браков, интенсифицируются сексуальные отношения вне института брака и т.п. [1]. Всё это требует более глубокого понимания процессов, происходящих в современной семье, с целью использования этих знаний как для оптимизации межличностных отношений при оказании консультативной помощи, так и при подготовке молодежи к браку.

Цель нашей работы: исследовать взаимосвязь удовлетворенности браком и уровня самооценки супругов.

Анализ литературных источников показал, что вопросы, имеющие отношение к качеству брака, удовлетворенности супругов семейными отношениями, как и само понятие качества брака, исследованы недостаточно [2].

В классификации факторов, влияющих на качество семейно-брачных отношений, удовлетворенность браком супругов, в недостаточной степени уделе-



но внимание таким показателям как темперамент супругов, самооценка, самооценка, уровень интеллектуального развития и пр.

В тоже время известно, что низкая самооценка сопровождается сильным чувством тревоги и неуверенностью в себе, отсутствием адекватных представлений о достоинствах и недостатках (как своих, так и чужих). Человек с низкой самооценкой возлагает большие надежды на других, требует излишнего внимания, но вместе с тем он полон страха, он готовится к разочарованиям и не доверяет людям. Все это, безусловно, будет сказываться на отношениях между супругами и их удовлетворенности браком.

Нами были выдвинуты следующие гипотезы:

1. существует связь между самооценкой супругов и их удовлетворенностью браком.

2. при сравнении студенческих семей и семей «специалистов» связи между самооценкой супругов и удовлетворенностью браком будут различны.

Для реализации поставленной цели и проверки гипотез нами был подобран комплекс методов и методик: опросник удовлетворенности браком (В.В. Столин, Т.Л. Романова и Г.П. Бутенко), методика исследования самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев), математические методы статистической обработки полученных данных. Результаты обрабатывались с помощью статистического пакета STATISTIKA версия 10.

Объект исследования - семья.

Предмет исследования - характер взаимосвязи между удовлетворенностью браком и самооценкой супругов.

В исследовании приняли участие 75 человек. 33 мужчины и 42 женщины, из которых 19 мужчин и 21 женщина – студенты; 14 мужчин и 21 женщина – «специалисты» - работают по специальности.

Исследование проходило в несколько этапов.



На первом этапе мы оценивали удовлетворенность браком наших респондентов. Результаты исследования выявили высокий уровень удовлетворенности браком у большинства респондентов.

53% пар имеют рассогласованность в субъективной оценке удовлетворенности браком (т.е. по-разному оценивают свой брак).

При сравнении студенческих семей и семей из группы «специалисты» было обнаружено, что наиболее удовлетворены браком мужчины в студенческой семье, наименее — женщины специалисты.

Средний показатель удовлетворенности браком выше в студенческой семье.

На втором этапе мы исследовали уровень самоотношения мужчин и женщин. Сравнительный анализ по U-критерию Манна – Уитни в общей выборке значимых различий не выявил.

При обработке данных полученных в выборке студенческих семей, в структуре самоотношения у мужчин-студентов были выявлены высокие показатели по шкалам «**самоуверенность**», «**саморуководство**» и «**самоценность**», что характеризует их как уважающих себя, довольных собой и своими достижениями, ощущающих свою компетентность и способность решать многие жизненные вопросы, а любые проблемы воспринимать как преодолимые.

Были выявлены значимые различия мужчин и женщин студентов по шкалам: **самоуверенность** и **самопривязанность** (данные показатели выше у мужчин).

При обработке результатов методики среди семей «специалистов» были выявлены значимые различия мужчин и женщин по шкале «**отраженное самоотношение**». Данный показатель выше у женщин.

Таким образом, женщины-специалисты *убеждены в том, что их личность, характер и деятельность способны вызывать у других уважение, симпатию, одобрение* и склонны ожидать положительного отношения к себе.



Однако женщины-студентки таких тенденций не обнаруживают (их показатели, наоборот, приближены к границе низких значений). Объясняется это скорее всего наличием опыта. Именно богатый жизненный опыт позволяет женщине-специалисту чувствовать свою компетентность и способность решать многие жизненные вопросы, а как следствие ощущать свою цену и чувствовать свою значимость.

Среди мужчин специалистов и мужчин студентов значимых различий обнаружено не было.

Стоит отметить, что большинство шкал самооотношения в мужской и женской выборках меняют свою полярность. Если у мужчин с изменением статуса показатели самооотношения из высоких переходят к умеренным, то в женской выборке наблюдается противоположная ситуация.

На третьем этапе исследовался характер взаимосвязи между удовлетворенностью браком и шкалами самооотношения. Для этого мы использовали корреляционный анализ, а именно коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Было обнаружено, что показатель «удовлетворенность браком» имеет положительную корреляционную связь с параметрами: **«самоуверенность»**, **«отраженное самооотношение»** и **«самоценность»**, и отрицательную корреляционную связь с параметрами: **«внутренняя конфликтность»** и **«самообвинение»**.

При рассмотрении результатов отдельно на мужской и женской выборке мы выяснили, что шкалы **«самоуверенность»** и **«самоценность»** статистически достоверно влияют на удовлетворенность браком за счет женщин.

Полученные результаты и выводы:

1. Шкала **«самоуверенность»** имеет положительную корреляционную связь с удовлетворенностью браком за счет женщин. Если женщина относится к себе как к уверенному, самостоятельному, волевому человеку, который знает за что себя уважать – она удовлетворена браком.



2. Показатель «удовлетворенность браком» имеет положительную корреляционную связь с параметром **«отраженное самоотношение»** за счет женщин студенток. То есть, удовлетворенность браком у женщин-студенток находится в прямой зависимости от их представлений о способности вызвать у других людей уважение, симпатию, одобрение, а также ощущение ценности собственной личности и предполагаемую ценность собственного "Я" для других.

В свою очередь для женщин-специалистов значимым критерием удовлетворенности является **внутренняя конфликтность**.

Какой бы не была классификация групп, наиболее значимое влияние на удовлетворенность браком оказывает именно показатель **внутренней конфликтности** как среди мужчин, так и среди женщин. Чем сильнее у партнеров выражено негативное самоотношение, преобладание внутренних конфликтов, сомнений и несогласия с собой, тем меньше они удовлетворены браком.

Таким образом, чем больше партнер, а в особенности девушка-специалист склонна к контролю над своим «Я», чрезмерной требовательности к себе, глубокой оценке всего, что происходит в её внутреннем мире (рефлексии), тем более у нее выражено самокопание, приводящее к нахождению в себе осуждаемых качеств и свойств, самообвинениям, что нередко приводит к конфликту между «Я» реальным и «Я» идеальным, между уровнем притязаний и фактическими достижениями, к признанию своей малоценности и как следствие - преобладанию субъективного ощущения неудовлетворенности и наименьшей удовлетворенности браком.

3. В группе мужчин-студентов связи удовлетворенности браком с шкалами самоотношения обнаружено не было.

4. Существует статистически значимая обратно пропорциональная корреляционная взаимосвязь между удовлетворенностью браком партнеров и самообвинением. Чем сильнее у партнеров проявляется выраженность отрицательных эмоций в адрес своего «Я», тем меньше они удовлетворены браком. Наи-



большее влияние на удовлетворенность браком оказывает самообвинение мужчин-специалистов.

Обнаруженные статистически значимые взаимосвязи между удовлетворенностью браком и шкалами самоотношения позволяют нам сделать вывод о взаимосвязи удовлетворенности браком и самооценки супругов. В студенческих семьях и семьях «специалистов» данные связи различны.

Список литературы:

1. *Голод, С.И. Семья и брак: историко-социологический анализ / С.И. Голод – СПб: ТОО ТК «Петрополис», 1998. - 272 с.*
2. *Сысенко, В.А. Устойчивость брака: проблемы, факторы, условия / В.А. Сысенко. – М.: Мысль, 1981. - 199 с.*



ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧУ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Миронова Ольга Владимировна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: диада «врач-больной», отношение к врачу, онкозаболевания.

Диада «врач-пациент» уникальна по своей структуре. При этом необходимо подчеркнуть, что отношения в диаде «врач-пациент» являются многоаспектными и сложными по своему составу. Поход к врачу обязывает пациента раскрывать свои интимные подробности, касающиеся самого дорогого и ценного, что есть у человека – его здоровья и его тела. Однако ситуация болезни нередко травмирует пациента и здесь к врачу идут не только за квалифицированной медицинской помощью, но и за психологической. Зачастую вместе с больным приходит и его семья – близкие люди, обеспокоенные здоровьем родного им человека. Вследствие чего, отношения «врач-пациент» перерастают в отношения «врач-пациент-семья пациента». При этом каждый член семьи имеет свою собственную систему ценностей, знаний и суждений.[1]

Взаимодействие врача и пациента является одним из главных разделов социологии медицинской профессии. Этот вопрос широко исследовался как учеными в прошлом, так и современными. Так, например, Т. Парсонс считал, что пациент рассматривается как существо, которое неспособно принять самостоятельное решение относительно своего здоровья.

М. Морган, в свою очередь, считал, что в идеальных взаимоотношениях врача и пациента их роли должны дополнять друг друга и основываться на взаимопонимании и содействии друг другу относительно здоровья пациента.



При этом Е. Фрейдсон указывает на то, что в реальной жизни возникают разногласия на основе «столкновения ожиданий». Это столкновение происходит из-за того, что имеют место различия как в медицинских знаниях, так и в приоритетных интересах обеих сторон.[2]

Естественно, что взаимоотношения «врач-пациент» имеют двухстороннюю направленность. В связи с этим возникает вопрос: как пациент оценивает своего врача и выстраивает с ним взаимоотношения. В этом случае играют роль не только индивидуальные особенности больного и врача, но и диагноз, например как онкологическое заболевание.

Вне зависимости от индивидуальных личностных особенностей на сообщение о серьезном заболевании отмечаются типы реагирования, общие для большинства людей. Многие исследователи отмечают пять стадий реагирования: шок, отрицание, агрессия, депрессия, принятие. В целом, на серьезные психотравмирующие ситуации человеку свойственно реагировать подобным образом. Более того, ситуация болезни в настоящее время рассматривается как кризисная. При обнаружении онкологического заболевания у больных отмечается психогенный стресс, основанием которого является страх в связи с заболеванием, а также с длительным тяжелым лечением. Чаще всего известие о наличии такого рода заболевания для больного является полной неожиданностью, что вызывает сильный страх и стресс.

Более того, особенность онкологического заболевания отмечается в том, что угроза для пациента исходит изнутри организма и она неотделима от человека. Такого рода заболевание представляет также угрозу качества жизни больного. Ведь в этой ситуации образ жизни больного меняется кардинально: необходимо не только долгое и утомительное лечение, но и прохождение специальных обследований после лечения.[3]

Еще в тридцатые годы прошлого столетия основатель отечественной онкологии Н. Н. Петров говорил о том, что необходима информированность па-



циентов о таком заболевании как рак. Несмотря на высокую развитость в возможностях получения информации, до сих пор бытует огромное количество мифов относительно онкологии.

В нашем обществе не принято открыто говорить о столь серьезных проблемах со здоровьем. Зачастую больной с уже поставленным диагнозом отгораживается от людей по причине страха отвержения в обществе и изменений отношений с близкими ему людьми. Стигматизация онкологических больных представляет серьезную проблему. Так как сами больные, даже в состоянии ремиссии, скрывают свой диагноз и, вследствие этого, не могут быть полноценным доказательством излечимости такого рода заболевания. [4]

В целом, для человека онкологическое заболевание зачастую представляет собой не только нарушения в соматической сфере, долгое лечение, длительную реабилитацию, но и переживание экзистенциального кризиса. Для многих больных рак «делит жизнь на до и после». Страх смерти сопровождает такого больного в процессе его лечения. [5]

Проблема взаимоотношений врача и больного в онкологической клинике представляется особенно важной в связи со спецификой данного заболевания. Часто на ранних этапах онкологические заболевания протекают бессимптомно, человек даже не подозревает о столь серьезных проблемах со здоровьем. Как было сказано выше, эффективность лечения больного зависит не только от качества медицинской помощи, оказываемой пациенту. Конечно, нивелировать заслуги квалифицированной медицинской помощи было бы кощунственно. Но все же человеку, оказавшемуся в столь не простой ситуации, необходима также поддержка врача, его умение сочувствовать, сопереживать. При этом образ врача в глазах больного играет немаловажную роль. Ведь каким бы «хорошим» не был врач, взаимоотношения между ними выстраиваются совместно.

Вследствие этого мы предполагаем, что отношения в диаде «врач-больной» в ситуации онкологического заболевания отличны от тех, с которыми



человек сталкивается при другой болезни. В связи с этим необходимо проведение диагностики для выявления особенностей отношения больного к врачу, что может послужить отправной точкой для дальнейших исследований в данном направлении. На основе проведенной диагностики и детального анализа данных необходимо проведение коррекционной работы. Что, по нашему мнению, может помочь в установлении гармоничных отношений в диаде «врач-больной» со стороны пациента, которые могут оказывать влияние на процесс лечения.

Список литературы:

1. Зверева Н. С. Многоаспектность отношений «врач-пациент» / Н. С. Зверева // Развитие профессионализма. – 2016 - №1 – С. 196-197
2. Изуткин Д.А. Роли врача и пациента в различных моделях их отношений / Д. А. Изуткин // Социология медицины. – 2015 - № 14 (1) – С. 45—48.
3. Орестова Е. В. Переживание экзистенциальных ситуаций онкологическими больными и сопровождающими их людьми / Е. В. Орестова, Ф. Де Грааф // Московский психотерапевтический журнал. – 2008 - № 1 – С. 167-173
4. Ткаченко Г. А. Психологические особенности онкологических больных / Г. А. Ткаченко // Заместитель главного врача. - 2014, - № 8 – С. 100-106
5. Яровая Е. Г. К проблеме психолого-социального сопровождения онкологических больных / Е. Г. Яровая // Консультативная психология и психотерапия. – 2014 - № 1 – С. 178-196



ОТНОШЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ К ТАТУИРОВКАМ, ПИРСИНГУ ВО ВНЕШНЕМ ОБЛИКЕ ВРАЧА КАК ФАКТОРАМ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИ- ТОВ В И С

Мосолков Илья Игоревич, Барамзина Светлана Викторовна
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров, Россия

Ключевые слова: татуировки, пирсинг, передача гемоконтактных вирусных гепатитов.

Хронические гепатиты В и С остаются серьезной медико-социальной проблемой общества. В современном мире настойчиво пропагандируются и получают широкое распространение различные процедуры боди-арта: татуировки и пирсинг. Всё большие слои населения, в том числе и врачи, наносят на тело тату и проколы, что может неадекватно расцениваться больными, снижая уровень их доверия к врачу и способствовать распространению гемоконтактных вирусных гепатитов.

Цель исследования: изучить отношение взрослых россиян к нанесению татуировок и пирсинга, отражающих состояние доверия к врачу и осведомлённости о путях передачи вирусных гепатитов В и С.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 84 человека от 18-61 года из числа студентов медицинского университета и ВУЗа не медицинского профиля (66,7%), медицинских работников (врачи -4,7%, медицинские сёстры -2,4%), а также взрослого населения не медицинских специальностей (26,2%), среди которых проводилось анонимное добровольное анкетирование. Лица женского пола составили 54,8%, мужского 45,2%. Среднее образование имели 23,8%, среднее-специальное 25,0%, высшее 52,2%. На момент



исследования (2017 г.) в браке состояли- 26,2%, не замужем или неженаты 73,8% респондентов. Вопросы оригинальной анкеты содержали в себе информацию о путях передачи вирусных гепатитов В и С, отношении к врачу с татуировками, пирсингом.

Результаты исследования. В ходе опроса, было установлено что татуировки на теле имеют 10,7% опрошенных, пирсинг 23,8%. О возможности передачи гепатита С при нанесении татуировки знает 77,4%, а гепатита В - 69,0% опрошенных. При нанесении пирсинга 65,5% участников считает, что также существует риск инфицирования гепатитом В и С. Несмотря на достаточно хорошую осведомлённость данной группы исследуемых о рисках передачи парентеральных вирусных гепатитов В и С 20 и 11% опрошенных, включая медицинских работников, в будущем хотели бы нанести татуировки или пирсинг, а 25 и 13% сомневались и не смогли ответить на вопрос. Всегда к врачу предъявлялись особые требования, касающиеся внешнего облика. В процессе исследования было также изучено отношение населения к врачам, имеющим на своём теле татуировки или пирсинг. Как оказалось для 58,4% анкетированных, «неформальный» вид врача-терапевта не имеет значения, а по отношению к врачу-педиатру для 53,6%. К врачам (терапевту, педиатру) с татуировками/пирсингом 30,9% респондентов высказали недоверие, и 28,6% не хотели чтобы такие врачи были допущены к своей практике, и чаще врачи-педиатры.

Выводы. Таким образом, в результате исследования выявлено, что в пирсинг на теле имели 23,8% участников опроса, а тату — 10,7%. Также была установлена хорошая осведомлённость респондентов о возможности трансмиссии HBV/HCV-вирусов при нанесении татуировки и пирсинга, однако это являлось недостаточно сдерживающим фактором в 20% респондентов хотели бы нанести тату или пирсинг. Больше половины опрошенных не придают большого значения «неформальному» внешнему виду врача, только треть респондентов выска-



зывала недоверие такому специалисту. Более требовательное отношение к внешнему виду предъявлялось к врачу-педиатру.

Список литературы:

1. Мигунов, А. И. *Гепатит. Современный взгляд на лечение и профилактику: моногр.* / А.И. Мигунов. - М.: ИГ "Весь", 2017. - 128 с.
2. *Jesse, Russell Гепатит В / Jesse Russell.* - М.: VSD, 2012.
3. *Абдурахманов, Д.Т. Хронический гепатит В / Д.Т. Абдурахманов.* - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.



ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ¹

Муртазина Инна Ралифовна

СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: тип отношения к болезни, самосохранительное поведение, здоровый образ жизни, ранняя взрослость.

Здоровье – важнейшее условие полноценного функционирования человека, его нормальной и активной жизнедеятельности.

Ю.П. Лисицын [2], говоря о факторах, влияющих на здоровье человека, подчеркивает, что около 50% из них приходится на образ жизни, являющийся продуктом сознания и деятельности самого человека. Иначе говоря, будет здоров человек или не будет, в большей мере зависит от него самого. По мнению Н.М. Амосова, «... чтобы быть здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные, заменить их ничем нельзя» [1]. Различные материальные и нематериальные факторы влияют на предпочтение человеком того или иного образа жизни, но окончательный его выбор определяется самим индивидом, исходя из его жизненных установок. Предпочитая тот или иной образ жизни, человек может как приносить пользу своему здоровью, так и наносить непоправимый вред.

Одним из наиболее желаемых на сегодняшний день вариантов образа жизни, к которому стремится всё большее число людей, а также представляющий научный интерес, является здоровый образ жизни.

¹ Работа выполнена в рамках проекта № 16-06-00315 «Психологические факторы здорового образа жизни на разных этапах взрослости»



Понятие «здоровый образ жизни» сегодня однозначно не определено. В обыденном сознании здоровый образ жизни, как правило, ассоциируется с отсутствием вредных привычек, рациональным питанием и высокой физической активностью. В научной литературе существуют различные варианты толкования понятия «здоровый образ жизни» (Д.Т. Алмагамбетова, А.З. Гарипова, Л.В. Доброрадова, Д.А. Изуткин, Ю.П. Лисицын, А.П. Лаптев, Б.Н. Чумаков и др.), однако нет единого мнения среди авторов на этот счет.

В результате анализа существующих определений понятия «здоровый образ жизни» нами были выделены особенности данного феномена. Реализация и поддержание здорового образа жизни требуют от человека активности, направленной на укрепление и сохранение своего здоровья. Здоровый образ жизни неразрывно связан с условиями деятельности человека, выходит за рамки самой деятельности, зачастую определяясь этими условиями.

В профессиональной среде здоровый образ жизни чаще всего рассматривается через самосохранительное поведение, понимающееся как система целесообразных действий и отношений человека, направленных на сохранение продуктивности и благополучия в физическом, психологическом и социальном аспектах [4]. Результат самосохранительного поведения – определенный уровень состояния здоровья и продолжительности жизни индивида.

Одним из факторов, влияющих на предпочтение человеком здорового образа жизни является его отношение к болезни. В ходе анализа научной литературы обнаружено большое количество исследований, посвященных изучению типов отношения к болезни у лиц с различными заболеваниями (Щукина Е.Г., Булыгина Л.С., 2006; Андреичева Е.Н., 2010; Сачук В.С., 2012; Невзорова Н.С., 2013; Содномова Л.Б., 2013; Савин А.И., Володин Б.Ю., 2014; Зубарева О.А., 2015; Ганич М.К., 2016; Фомин Ф.А., 2016 и др.). Что касается отношения к болезни у лиц условно здоровых, то данный вопрос практически не изучался. Тем не менее, очевидно, что любой человек, независимо от того, здоров он или у не-



го имеется заболевание, требующее медицинского наблюдения, обладает определенным отношением к болезни как к потенциально возможному состоянию здоровья. Более того, каждый человек имеет некоторую идеальную модель того, как он будет себя вести в том случае, если заболеет. Отношение к болезни, как и любое иное отношение, является индивидуальным, сознательным, иными словами, отражает индивидуальный, или личностный, уровень [3]. Большинство исследователей, занимающихся проблемой отношения к болезни, выделяют три фактора, обуславливающих формирование отношения человека к болезни: 1) преморбидные особенности личности; 2) природа заболевания; 3) социально-психологические факторы. Данные факторы также можно отнести к числу факторов, способствующих формированию «здорового образа жизни». В связи с этим, мы считаем, что тип отношения к болезни является одним из показателей, обуславливающих отношение человека к своему здоровью и здоровому образу жизни.

Цель исследования - изучение взаимосвязи типа отношения к болезни с самосохранительной направленностью в период ранней взрослости. Мы предположили, что типы отношения к болезни, обуславливающие нарушение социальной адаптации, будут негативно сказываться на отношении к своему здоровью.

В исследовании приняли участие 166 человек (121 женщина и 45 мужчин) в возрасте от 18 до 25 лет. Средний возраст испытуемых составил – 19,08 лет.

Комплекс методик включал в себя: анкету, разработанную на основе концепции Walker & Hill-Padelecky (1996), включающую вопросы, касающиеся ответственного отношения к своему здоровью, особенностей поведения, умения справляться со стрессовыми ситуациями и выстраивать межличностное взаимодействие; опросник ТОБОЛ.

Результаты. Нами были выделены три группы молодых людей с разным уровнем самосохранительной направленности: 1) 37 человек с низким уровнем;



2) 83 человека со средним; 3) 46 человек с высоким уровнем самосохранительной направленности.

Сравнительный анализ трех групп по показателям самосохранительной направленности позволил выделить ряд особенностей каждой группы. Молодые люди с **низким уровнем самосохранительной направленности** характеризуются сниженной степенью ответственности за собственное здоровье, недостаточно выраженным стремлением к саморазвитию, низкой физической активностью, а также слабо выраженной способностью справляться со стрессовыми событиями. Молодые люди, продемонстрировавшие **средние показатели самосохранительной направленности**, показали более высокую, чем респонденты первой группы, ориентацию на свой внутренний мир, более высокую физическую активность, они склонны более ответственно относиться к своему здоровью, а также использовать свой потенциал для совладания с возникающими стрессовыми ситуациями. Молодые люди, обнаружившие **высокий уровень самосохранительной направленности**, отличаются от двух представленных выше групп ответственным отношением к своему здоровью, направленностью на саморазвитие и личностный рост, высокой физической активностью, ориентацией на развитие способностей управления стрессом.

При определении типа отношения к болезни авторами методики выделяется три типа: «чистый», «смешанный» и «диффузный» тип. «Чистый тип» определяется, когда в профиле испытуемого очевидно преобладание одной шкалы, «смешанный тип» отмечается, когда в диагностический интервал попадают две или три шкалы, «диффузный» - при наличии в диагностической зоне более трех шкал [3]. При анализе данных по всей выборке было выявлено, что «чистый» тип встречается у 70 человек (42,17%), «смешанный» - у 70 (42,17%) и у 26 (15,66%) человек – «диффузный» тип отношения к болезни. В группах с низкой и средней самосохранительной направленностью преобладает «смешан-



ный» тип (51,4% и 44,6%), в группе с высокой самосохранительной направленностью отмечается явное доминирование «чистого» типа (58,7%).

В большинстве случаев доминирующими типами отношения к болезни оказались анозогнозический и эргопатический (50% и 23,5% по всей выборке; 65,2% и 19,6% - в группе с высокой самосохранительной направленностью; 47% и 25,3% - в группе со средним уровнем самосохранительной направленности и 37,8% и 24,3% - в группе с низким уровнем самосохранительного поведения). То есть во всех группах молодых людей преобладают такие типы реагирования на болезнь, при которых психическая и социальная адаптации существенно не нарушаются. Можно предположить, что в случае возникновения проблем со здоровьем, молодые люди будут стремиться преодолеть болезнь, сохраняя активность в социуме, не проявляя социальной и психической дезадаптации.

Наряду с анозогнозическим и эргопатическим типами выявлено наличие испытуемых с тревожным, невротическим, меланхолическим, апатическим и сенситивным и дисфорическим типами в первой группе; с невротическим, апатическим, сенситивным, эгоцентрическим и дисфорическим типами во второй группе; в третьей группе у одного человека доминирует сенситивный тип. Можно предположить, что при возникновении проблем со здоровьем, у испытуемых с низким и средним уровнем самосохранительного поведения, могут наблюдаться проявления психической дезадаптации.

Кроме того, установлено, что высокая выраженность самосохранительного поведения положительно коррелирует с анозогнозическим и эргопатическим типами отношения к болезни, входящими в первый блок и отрицательно с типами второго и третьего блока.

Полученные результаты дают возможность, что тип отношения к болезни определяет отношение к своему здоровью.



Список литературы:

1. Амосов Н.М. *Раздумья о здоровье. – 3-е изд., доп., перераб. - М.: Физкультура и спорт, 1987. 64 с.*
2. Лисицын Ю.П. *Здоровье человека – социальная ценность. – М.: Мысль, 1989. 175 с.*
3. *Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf> (дата обращения 10.10.2017).*
4. *Ревякин Е. С. Самосохранительное поведение: понятие и сущность // Вестник Ивановского государственного энергетического университета. 2006. № 1. С. 79-82.*



**ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ
НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
(НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ С ТИА И ИШЕМИЧЕСКИМ
ИНСУЛЬТОМ)**

Назметдинова Дилара Гамзатовна

*Национальный исследовательский Томский государственный универ-
ситет, г. Томск, Россия*

Ключевые слова: ишемический инсульт, транзиторные ишемические атаки, реабилитация, депрессия, тип отношения к болезни, эмоциональные нарушения.

По данным медицинской литературы транзиторные ишемические атаки (ТИА) – это острые нарушения мозгового кровообращения, при которых очаговые неврологические симптомы сохраняются от нескольких минут до 24 часов. Несмотря на последующий полный регресс симптомов и отсутствие признаков инфаркта головного мозга, опасность ТИА заключается в повышении риска развития ишемического инсульта: в первые двое суток после транзиторной атаки вероятность ишемического инсульта увеличивается на 4–10%, в последующие 3 мес. – на 10–20%. В свою очередь, согласно данным министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2015 году в России были госпитализированы 572 688 человек с инсультом. Еще несколько лет назад только 8% перенесших инсульт возвращались к прежней жизни и профессиональной деятельности в полном объеме, а остальные получали инвалидность различной степени [1].



В связи с этим на первый план выступает постинсультная медицинская реабилитация, к основным задачам которой относятся: восстановление утраченных функций (двигательные парезы, параличи, коммуникативные и когнитивные нарушения), возвращение и адаптация к повседневной и профессиональной деятельности, а также дальнейшая профилактика повторных инсультов и ишемических атак [4,7].

На сегодняшний день замечено, что в процессе реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями большой упор делается, как правило, на медикаментозное лечение, использование физиотерапевтических методов, массажа и т.д. При этом оценка нейропсихологического статуса сводится лишь к диагностике когнитивных, речевых и психоэмоциональных нарушений, а психологические факторы, которые в свою очередь оказывают мощное влияние на лечебно – восстановительный процесс, не учитываются [5,6,8].

Наличие сосудистого заболевания, как и любой болезни, влияет не только на присущие личности преморбидные психические процессы, состояния и психологические свойства, но также определяет внутреннюю картину болезни [9]. Внутренняя картина болезни, являясь структурированным образованием субъективной стороны заболевания и включающая различные уровни отражения болезни в психике субъекта, в свою очередь порой полностью определяет поведение больного и успешность его лечения, что особенно актуально в связи с высокими показателями смертности и инвалидности вследствие сосудистой патологии [10].

Цель исследования: выявление частоты эмоциональных нарушений и особенностей отношения к болезни у пациентов с транзиторной ишемической атакой и у пациентов с ишемическим инсультом.

Материал и методы: В исследовании приняли участие 70 человек, пациенты неврологического отделения ФГБУ СибФНКЦ Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА, из них 22 человека – пациенты с диагнозом ише-



мический инсульт, и 48 человек - с Ттранзиторной ишемической атакой. Критериями включения в исследование стали мужчины и женщины в возрасте от 30 до 77 лет с общим удовлетворительным неврологическим состоянием, отсутствием нарушения сознания, при возможности самостоятельной ходьбы и речевого контакта.

Методы исследования: для оценки эмоциональных нарушений использовали шкалу депрессии (Beck Depression Inventory), предложенную А.Т. Беком в 1961 г. и госпитальную шкалу депрессии «HADS» А.С. Зигмонда, Р.П. Снэйта («Hospital Anxiety & Depression Scale», A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983) в адаптации М.Ю. Дробижева (1993). Тип отношения к болезни диагностировался с помощью методики ТОБОЛ.

Диагностика пациентов проводилась с их письменного согласия.

Результаты и их обсуждение:

Частота эмоциональных нарушений и особенности отношения к болезни пациентов с ишемическим инсультом.

У 50 % респондентов было выявлено отсутствие депрессивной симптоматики. У 36 % пациентов была диагностирована клиническая форма депрессии. Выраженная депрессия была отмечена у 13,6 % пациентов, а тяжелая форма – у 5%. Умеренная депрессия отмечалась у 18% пациентов. И наконец, легкая степень депрессивной симптоматики наблюдалась у 14% пациентов. Тяжелая форма депрессии подтверждается и апатическим типом реагирования на заболевание: наблюдается полное безразличие к своей судьбе, к исходу заболевания, отсутствие мотивации к прохождению необходимых лечебных процедур. При наличии выраженной депрессии отмечались в основном смешанные типы: неврастено-паранойальный, сенситивно-стенический и апатический типы отношения к заболеванию. Для таких пациентов характерна интер- и интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь. Подавленное, уг-



нетенное состояние сочетается с желанием «уйти в работу, в активную деятельность», чтобы только не стать обузой для окружающих.

Интересно отметить, что у половины респондентов при отсутствии депрессивной симптоматики по шкале А.Бека отмечается в основном эргопатический и эйфорический типы, следовательно, для них характерны отрицание факта заболевания, снижение критичности к своему состоянию.

Частота эмоциональных нарушений и особенности отношения к болезни пациентов с транзиторными ишемическими атаками.

По результатам исследования у 14,5 % испытуемых диагностировались выраженная форма депрессии. В 68,75 % случаев отмечалась легкая и умеренная форма депрессивной симптоматики.

При выраженных и тяжелых формах депрессии преобладали апатически – сенситивный тип отношения к заболеванию. Для таких пациентов характерно, тревожное, угнетенное состояние, неверие в успех лечения, вялость и апатия в поведении, и как результат – формальный подход к процедурам, лечению. Для легкой и умеренной формы депрессии характерен анозогностический тип отношения к заболеванию. Другими словами пациенты легкомысленно относятся к своему состоянию, активно вытесняя мысли о болезни, его последствиях, что ведет к нарушению режима лечения, в свою очередь пагубно сказывается на течение болезни. Пациенты, не смотря на диагноз, стремятся сохранить свой профессиональный статус и демонстрируют поведение по принципу «уход от болезни в работу».

Таким образом, было обнаружено, что отсутствие депрессивной симптоматики у постинсультных пациентов наблюдалось при наличии эргопатического типа. Из чего следует, что для них характерно стремление преодолеть заболевание, неприятие “роли” больного, сохранение ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.



В свою очередь для пациентов с ТИА диагностировалась депрессивная симптоматика разной степени тяжести, при этом у 69% преобладала депрессия легкой формы. Немаловажно отметить, что для пациентов с ТИА характерно снижение критичности к своему состоянию, отрицание болезни и «уход» в работу, при этом отсутствуют выраженные явления психической дезадаптации.

Таким образом, проведенное исследование в очередной раз подтверждает необходимость применения психологических методов в медицинской реабилитации с целью коррекции внутренней картины болезни и психоэмоциональной сферы.

Список литературы:

1. *Федеральный проект «Стоп-Инсульт»: жизнь и здоровье людей – главный приоритет [Электронный ресурс] / Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/press/federalnyy-proekt-stop-insult-zhizn-i-zdorovie-lyudey-glavnyy-prioritet> (Дата обращения: 25.08.2016).*
2. *Реабилитация неврологических больных / А.С.Кадыков, Л.А.Черникова, Н.В.Шахпаронова. – 3е изд. – М.: МЕДпрессинформ –2014. – 560 с.*
3. *Реабилитация больных и инвалидов. /В.Б. Смычек и др./ М.: Мед. лит., 2009. – 560с.*
4. *Скворцова В. И. и др. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом // Журн. неврол. и психиатр. Прил.: Инсульт. – 2002. – № 7. – С. 28–33.*
5. *Cramer S.C. Functional imaging in stroke recovery // Stroke. – 2004. – Vol. 35 (Suppl. 1). – №11. – P. 2695–2698.*



6. *Bachy Rita P. Theoretical and practical considerations in the restoration of function after stroke // Top Stroke Rehabil. – 2001, Autumn. – Vol. 8 (Suppl. 3). – P. 1–15.*
7. *Суслина З.А. Лечение ишемического инсульта. // Лечение нервных болезней. –2000. – Том 1. - №1. – с.3–7.*
8. *Клиническая психология. Энциклопедический словарь // под ред. Н.Д. Твороговой – М.,Издательство: ПЕР СЭ. – 2007. – 416 с.*
9. *Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания. М.,Изд-во: Медгиз. – 1944. – 126 с.*
10. *Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М., Издательство Моск. Ун-та. – 1987 – 168с.*



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Олешко Михаил Александрович

ФГБОУ ВО АмГУ, г. Благовещенск, Россия

Ключевые слова: бронхиальная астма, психосоматика, психологические причины астмы.

На сегодняшний день бронхиальная астма является весьма распространенным заболеванием. К одному из аспектов развития бронхиальной астмы относят психологическое воздействие. В данной статье мы проанализируем взгляды таких учёных как Ф. Александер, Н. Пизешкиан, И.Г. Малкина-Пых на психологические аспекты развития и появления данного заболевания. По данной проблеме проводилось множество исследований.

Как отмечает Ф. Александер, при расстройствах вегетативных функций, например, астме, эмоциональное влияние вызвано нормальными физиологическими реакциями на эмоциональные раздражители. Симптоматика в таком случае несколько гипертрофирована, а при хроническом заболевании организм реагирует на эмоции, которые находятся в основе конфликта. Реакция становится избыточной и хронической за счет того, что эмоциональный стимул является бессознательным, то есть его не принимает сознание человека. Как отмечает И.Г. Малкина-Пых, «С приходом современной иммунологии, краеугольным камнем которой является феномен анафилаксии, внимание сосредоточилось на аллергическом компоненте, и прежний взгляд на астму, как на нервное заболевание, стал считаться устаревшим. И только недавно, в эпоху психосоматической ориентации, эмоциональная этиология астмы была реанимирована»[2].



Ф. Александер полагал, что внутренние конфликты связаны с приступами астмы напрямую, к примеру слишком сильная зависимость от матери. Данные конфликты, по его мнению, возникают в ситуациях, когда человек не желает расставаться с матерью, из-за того, что бессознательно нуждается в постоянной опеке и внимании матери или её образа. Он считал, что любая угроза разлучения с матерью или с фигурой, которая её замещает, способна вызвать приступ астмы. Основной иницирующей причиной приступа для взрослых может быть грядущая вступление в брак или сексуальный соблазн, для девушек это может быть отделение от матери, принятие своей биологической функции как женщины, для парня угрозой могут стать отношений с матерью, в особенности большую угрозу несуществующие желания. Было выяснено, что матери астматиков в большинстве своём реагируют отрицанием на выражение телесной привлекательности сына. В следствии чего собственно и появляется внутренний конфликт. Ф. Александер приводит пример, в котором молодой человек испытывал сильные приступы бронхиальной астмы, как было выяснено из-за ревности своей супруги к сыну, который напоминал ему старшего брата.

Практикующие психотерапевты неизменно утверждают, что люди, имеющие синдромом нервной гипервентиляции, зачастую происходят из семей, где крайне высоко ценились достижения: «Соберись», «Постарайся», «Без труда не вытащишь и рыбку из пруда». В тоже время добрялась сдержанность, скромность и самообладание как необходимые качества личности: «Держи себя в руках», «Что подумают люди?» (учтивость, контакты). При более близком изучении выявляется, что астматический приступ вызывается одновременным предъявлением больному очень многих требований и при столкновении с несправедливостью. Благодаря тому, что ввиду подавления агрессии он не может свободно конфронтровать с окружением, не может изъясниться аргументированно или выразиться нецензурно, а сдерживается (конфликт вежливость-прямота), он преимущественно следит за надуманными или действительными



реакциями своего окружения. Н. Пезешкиан отмечает, что «После приступа астмы многие больные испуганно оглядываются по сторонам, не заметили ли «люди» что-нибудь. Это усиливает их страх. Через ЦНС происходит усиление спазма и тем самым усугубление *circulusuitiosus*»[3].

Н. Пезешкиан полагает, что астму вызывает столкновение с несправедливостью и предъявление слишком многих требований больному, возникающим чувством несправедливости по отношению к себе, а из-за невозможности справиться с этим возникает внутренний конфликт. Человек как бы показывает с помощью приступа астмы что он ущемлён, чувствует себя напряжённо. Таким образом внутренние противоречия, приводящие к эмоциональному напряжению, провоцируют страх, который через центральную нервную систему усиливает спазм. В пример он приводит свою пациентку, которая помимо основной работы должна была ухаживать за матерью, относящейся к этому как к должному. Пациентка боялась выразить свои чувства по этому поводу, из-за чего сильно переживала, помимо того, уход за матерью требовал немалых усилий, после чего ей приходилось трудиться на основной работе и поэтому она чувствовала несправедливость. В итоге пациентка сама осознала, что зачастую её приступы астмы – это желание получить больничный лист, чтобы отдохнуть.

Психологической метафорой бронхиальной астмы, можно считать сложение выживания, так называемое умение «свободно дышать» в таком непростом мире. Преграды появляются у беспомощного ребенка в тех случаях, когда родительской любви не хватает, а способность дышать самостоятельно является единственной человеческой функцией, возникающей только после рождения. «Момент рождения – это тяжелый труд и сильный страх: «Что за мир там, снаружи?»». К счастью, там существуют мама и папа, которые способны обеспечить ту же безопасность и тот же комфорт» [1]. Однако в случае, если их заботы и внимания недостаточно, то первой системой, наиболее подверженной риску исказиться и утратить верный ритм, является способность дышать. Тем не менее



бывает иная причина, в случаях, когда забота родителей слишком велика и ни один вдох или выдох попросту не представляется возможным сделать самостоятельно. Избыток заботы, как и её недостаточность одинаково сильно лишают способности быть нестесненным. Дети бессознательно ищут выхода, проявляется жизненный инстинкт, в таких случаях болезнь проявляется более тяжело для того, чтобы изменился способ спасения. Ф. Александер пишет, что «Взрослые пациенты с бронхиальной астмой забывают свою детскую историю, но обострение их заболевания происходит, как правило, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество» [1].

И.Г. Малкина-Пых связывает психологические признаки появления бронхиальной астмы с необходимостью в родительской заботе, либо с чрезмерной родительской опекой. Бронхиальная астма выступает в качестве защиты у больных со сниженной самооценкой, завышенными требованиями к себе, а также перекладыванием на окружающих ответственности за то, что с ними происходит в жизни и ответственности за себя. Приступ бронхиальной астмы может возникнуть во время потребности принять серьёзное решение из-за усиления тревоги. Некоторая положительная черта приступа в этом случае заключается в том, что он избавляет пациентов от данной необходимости. Кроме того, приступ может быть нужен для смягчения непродуктивной невротической конфронтации членов семьи, а также получения во время приступа внимания и заботы инфантильным и зависимым астматиком. И.Г. Малкина-Пых выделила располагающие к развитию дыхательных нарушений по нервно-психическому механизму некоторые личностные черты к которым относятся инфантилизм, недостаточная устойчивость к стрессам, хрупкость и незрелость психологической защиты, склонность к блокированию эмоциональных переживаний, неадекватное представление о себе, низкий уровень осознания актуальных переживаемых эмоций, потребностей, желаний.



Вне зависимости от того, кто занимался изучением данной проблематики можно заключить, что бронхиальная астма определённо имеет психологические аспекты возникновения и развития. А также то, что при правильном психологическом подходе к проблеме, симптоматику и течение болезни можно сгладить. Предупредить возникновение болезни и избежать её развитие крайне сложно, но при грамотном сопровождении неблагоприятные аспекты можно свести к минимуму.

Список литературы:

1. *Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.*
2. *Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2008. 563 с.*
3. *Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. 464 с.*



СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТОВ 1 И 2 КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТОВ

*Петринич Алеся Михайловна, Хансивирова Халима Фяритовна
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия*

Ключевые слова: адаптация, психолого-педагогические факторы, показатели тревожности, профессиональная деятельность, социализация.

Современная образовательная среда, за последние годы, претерпела большие изменения, которые привели к увеличению требований к социально-психологической адаптации студентов. Традиционные способы достижения эффективной адаптации оказываются уже недостаточными в связи с возрастанием требований к профессионально важным качествам специалиста, в зависимости от выбранной специальности. Увеличение требований образовательной среды к профессиональной подготовке не только усложняет процесс адаптации, но и делает менее определенными факторы ее достижения. В этом аспекте можно говорить о дефиците изучения взаимосвязи показателей адаптации с эффективностью решения учебно-профессиональных задач различного профиля, которые являются показателем качества получения образовательного продукта. Таким образом, в настоящее время акцент делается на практическую направленность исследований в данной области.

Социально-психологическая адаптация обеспечивает социализацию и нормальный психический статус индивида в условиях социальных изменений, предполагая не только усвоение социального опыта, но и активность личности, ее преобразовательную деятельность по отношению к социальной системе.



В современной психологической науке активно изучаются социально-психологические особенности студентов вузов. Интерес представляют работы Е.Н. Азаровой, Б.С. Алишева, Е.Л. Буслаевой, А.А. Волочкова, Н.И. Кобзевой, А.В. Мудрик, Г.С. Прыгина, С.П. Дырина, и др.

Нами была определена **проблема** исследования, состоящая в необходимости выявления психолого-педагогических факторов, обуславливающих тип социально-психологической адаптации и определение психологических особенностей адаптации студентов младших курсов медицинских и педагогических вузов.

Решение данной проблемы составляет **цель исследования**.

Объектом исследования в данной работе представлены студенты в процессе социально-психологической адаптации в вузе. **Предметом** исследования выступают психологические особенности адаптации студентов 1-2 курсов медицинских и педагогических вузов.

В работе представлены такие предположения как:

1. Социально-психологическая адаптация выступает в качестве ведущей профессиональной характеристики, влияющей на успешность учебной деятельности.

2. Социально-психологическая адаптация по-разному проявляется у студентов в зависимости от соотношения показателей тревожности, фрустрации, ригидности и по своему характеру делится на два типа: конструктивный и деструктивный.

3. Преобладающий тип социально-психологической адаптации взаимосвязан с особенностями решения учебно-профессиональных задач.

4. Студенты с разными психологическими особенностями адаптации отличаются друг от друга стратегиями решения учебно-профессиональных задач.

В соответствии с целями и задачами был использован комплекс методов: теоретико-методологический анализ литературы по проблеме адаптации, ее



влиянию на эффективность профессиональной подготовки студентов; наблюдение, психодиагностика (тестирование, анкетирование, опрос, беседа), констатирующий и формирующий эксперименты. Было опрошено 20 студентов медицинского университета 1 и 2 курсов, также прошены были 20 студентов педагогического университета 1 и 2 курсов.

На основании проведенных методик, были получены данные, которые будут представлены в презентации в виде диаграмм с точными показателями.

Вывод. Важным результатом проведенных исследований является определение характеристик типов социально-психологической адаптации. Тип социально-психологической адаптации, характеризующийся высоким уровнем тревожности, фрустрации и ригидности, наличием внутриличностных напряжений, иррациональными установками, мотивацией снижения напряжений, субъективный анализ социальных процессов, в работе определен как деструктивный, так как данное внутриличностное содержание замедляет процессы развития личности и ее потенциала.

Установлено, что тип социально-психологической адаптации, характеризующийся умеренным уровнем тревожности, фрустрации и легкой переключаемостью, не содержит комплекса внутриличностных напряжений. Данный тип был определен конструктивным. Его содержанием являются рациональные установки, мотивация поиска, формирование социальной активности и объективный анализ общественных процессов, что способствует активному развитию личности и ее потенциала.

Результаты исследования могут быть использованы в процессе педагогической деятельности в вузе, в процессе психологической подготовки и психологического сопровождения профессионального развития педагогов в различных учебных заведениях. С помощью программы формирования конструктивного типа социально-психологической адаптации возможно формирование специалиста высокого уровня в процессе обучения в вузе. Проведенный комплекс



исследований и методик позволяет использовать программу формирования конструктивного типа социально-психологической адаптации в процессе подготовки специалистов по связям с общественностью.

Проведенное исследование позволило охарактеризовать социально-психологическую адаптацию в новом контексте и выделить перспективы дальнейшего исследования, в качестве которых можно рассмотреть применение разработанной нами психолого-педагогической программы для различных специальностей, выявить специфику социально-психологической адаптации в других областях учебной и профессиональной деятельности.

Список литературы:

1. *Александрова Н.Г. Роль психолого-педагогического сопровождения обучающихся в процессе адаптации и профессиональной подготовки в условиях начального профессионального образования [Текст] / Н. Г. Александрова // Профессиональное образование в России и за рубежом. - 2016. - № 8. - С. 131-134.*
2. *Глебов В.В. Различные подходы изучения адаптационных механизмов человека [Текст] / В. В. Глебов, Е. В. Аникина, М. А. Рязанцева // Мир науки, культуры, образования. - 2016. - № 5 (24). - С. 135-136.*
3. *Демина Т.Б. Психолого-педагогическое сопровождение социальной адаптации студентов [Текст] / Т. Б. Демина // Научные исследования в образовании. - 2016. - № 2. - С. 1-4.*
4. *Жилина Л.Я. Организация психолого-педагогического сопровождения студентов-первокурсников на этапе их адаптации к условиям в вузе [Текст] / Л. Я. Жилина // Концепт. - 2015. - № 05. - С. 1-6.*
5. *Камаева Н.Е. Удовлетворенность студентов процессом обучения в техническом вузе [Текст] / Н. Е. Камаева, А. Г. Калинина, Э. А. Анисимов // Потенциал современной науки. - 2016. - № 8. - С. 1-5.*



6. *Макишанцева Л.В. Определение взаимосвязи уровня тревожности и адаптивности подростков [Текст] / Л. В. Макишанцева, Е. А. Луцкова // Системная психология и социология. - 2015. - № 12.*

7. *Молодцова Т.Д. Диагностика адаптации студентов к требованиям вуза [Текст] / Т. Д. Молодцова // Международный журнал экспериментального образования. - 2016. - № 5. - С. 13-17.*

8. *Налчаджян А.А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А. А. Налчаджян. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Эксмо, 2015. - 368 с.*

9. *Овсяник О.А. Социально-психологические особенности адаптации личности [Текст] / О. А. Овсяник // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2015. - № 1(09). - 11 с.*



ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЕЙ, С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАЩИТНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ

Пинегина Наталья Михайловна

ФГБОУ ВО ВГУ, г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: иррациональные убеждения, гипертония, защитные механизмы.

В настоящее время можно наблюдать переворот, изменение, происходящие в сознании и поведении людей, влекущие за собой изменения в обществе и являющиеся их результатом. В связи с этими изменениями стали неадаптивными многие формы поведения, устарели мыслительные паттерны и появились новые веяния в «моде на чувства».

Однако люди, как и общество в целом, стараются сохранить и поддерживают эти устаревшие паттерны поведения и мысли, что приводит к подавлению личности человека, искоренению его самобытности, изменению человеческой сущности.

Также, в настоящее время всё сильнее выражается и поддерживается социумом общественное требование к человеку, гласящее что он, человек, должен осознавать как можно меньше, минимум, плывя по течению жизни: обучаясь в школе 9-11 лет, потом 4-6 лет в университете индивид должен впитывать информацию, получаемую им от учителей и преподавателей, стараясь при этом не задавать вопрос о целесообразности получаемых в процессе образования знаний и лишённый возможности как-то влиять на него (не возможности выбора факультативных занятий и т.д.), т.е. людей с детства воспитывают в духе



обесценивания внутреннего бытия и добросовестного следования определённым правилам [1].

Возросли общественные требования и к личностным качествам человека (задаются требования к тому, каким человек должен быть, чтобы стать успешным или просто принимаемым в обществе) и люди стараются соответствовать этим требованиям, принося в жертву свою индивидуальность, а иногда и здоровье.

Всё это в совокупности является стрессогенными факторами и может вызывать заболевания различных систем и органов человеческого организма (психосоматические и соматопсихические заболевания).

Изучение иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией с различными видами защитных механизмов является очень актуальным в настоящее время, поскольку, во-первых, гипертония является «молодеющим» заболеванием, т.е. чаще начинает встречаться среди молодёжи, в связи с чем, необходимо обеспечить желание её лечения у лиц различных возрастов, и недопущения игнорирования факта наличия данного заболевания. Так же, в настоящее время для психологии и психотерапии необходим более современный инструментарий и более глубокие теоретические основы для работы с психосоматическими и соматическими заболеваниями.

Проведённый теоретический анализ проблемы иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с различными защитными механизмами показал, что данная проблема является плохо изученной как в отечественной, так и в зарубежной психологии и нуждается в более полном и детальном рассмотрении и изучении.

Цель эмпирического исследования заключалась в проверке гипотезы о том, что лица, страдающие гипертонией, с различными защитными механизмами обладают определёнными иррациональными убеждениями, а именно:



1) у больных гипертонией с выраженными защитными механизмами, такими как отрицание, проекция и регрессия в качестве иррациональных убеждений преобладают ожидания от других людей;

2) у лиц, страдающих гипертонией с выраженными защитными механизмами: компенсацией, реактивным образованием и вытеснением преобладает в качестве доминирующих иррациональных убеждений – требования к себе.

Базой эмпирического исследования являлась БУЗ ВО «Поворинская ЦБ».

Исследованием было охвачено 100 человека. Из которых 24 мужчины и 76 женщин в возрасте от 42 до 78 лет.

Для сбора эмпирической информации использовался метод стандартизованного самоотчёта, который реализовывался в следующих конкретных методиках.

1. Стандартизированный тест-опросник Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля» [3].

Цель методики: опросник предназначен для диагностики механизмов психологической защиты «Я» и включает 92 утверждения, требующих ответа по типу «верно – неверно». Измеряются восемь видов защитных механизмов: вытеснение, отрицание, замещение, компенсация, реактивное образование, проекция, интеллектуализация (рационализация) и регрессия. Каждому из этих защитных механизмов соответствует 10 утверждений, описывающих личностные реакции человека, возникающие в различных ситуациях. На основе ответов строится профиль защитной структуры обследуемого.

2. Методика для оценки наличия и выраженности иррациональных установок А. Эллиса [2].

Под иррациональными убеждениями А. Эллис понимает всё то, что делает поведение, эмоции или мысли человека неадекватными ситуации [4; 5]. Также, он выделяет два вида таких нерациональных норм, как: 1) культурно-



национальные, зависящие от того, что принято или не принято в какой-либо конкретной культуре и 2) врождённое убеждение, присущее каждому [4]. Во врождённых иррациональных нормах он выделяет 3 основных вида иррациональных убеждений, из которых формируются остальные: 1) «Я должен и обязан добиться успеха и одобрения со стороны значимых для меня людей. Если я этого не сделаю, значит, я полное ничтожество». Как пишет Дж. Бьюдженталь: «Требование совершенства является прямым источником подавления любых человеческих усилий и средством избегания внутреннего осознания» [1, с. 118]; 2) «Люди, с которыми я общаюсь должны и обязаны относиться ко мне хорошо. Просто ужасно, что вы этого не делаете» и 3) «Условия, окружающая среда, в которой я живу должны быть устроены так, что бы без особого труда, не прикладывая больших усилий, получал всё, что мне необходимо» [4, с. 202]. К основным характеристикам иррациональных убеждений (дисфункциональных установок) А. Эллис относит, во-первых, явные и, чаще, скрытые требования, выражающие в слове «должен»; во-вторых, производными от этих требований обычно становятся нереалистичные и свехобобщённые умозаключения и атрибуции. Он приводит следующий пример: «На пути к осуществлению Цели стоят препятствия, от которых я должен избавиться» – следовательно: «Это ужасно (даже хуже, чем плохо)!»; «Я этого не вынесу»; «Я ни на что не годен»; «У меня никогда не будет того, что я хочу» и т.д.» [4, с. 219].

Обработка полученных данных с помощью описанного диагностического комплекса проводилась методами качественного и количественного, в том числе, статистического анализа. Для изучения иррациональных убеждений у лиц, страдающих гипертонией, с видами защитных механизмов использовался У-критерий Манна-Уитни.

По результатам проведённого эмпирического исследования можно сделать выводы:



1) все защитные механизмы у большинства испытуемых функционируют на среднем уровне;

2) ведущие механизмы психологической защиты выявлены не были;

3) большинство людей в выборке в качестве ведущего иррационального убеждения имеют долженствование по отношению к себе.

Для статистической проверки гипотезы мы использовали U-критерий Манна-Уитни, который показал, что при $\alpha_{0,01}=2,576$ при диагностике таких защитных механизмов, как отрицание, регрессия, проекция $Z_{0,01} = 4,021$, а при выявлении таких защитных механизмов, как реактивное образование, и вытеснение и компенсация $Z_{0,01} = 6,549$, попадают в критическую область.

Следовательно, гипотеза о том, что лица, страдающие гипертонией, с различными защитными механизмами обладают определёнными иррациональными убеждениями, а именно:

1) у больных гипертонией с выраженными защитными механизмами, такими как отрицание, проекция и регрессия в качестве иррациональных убеждений преобладают ожидания от других людей;

2) у лиц, страдающих гипертонией с выраженными защитными механизмами: компенсацией, реактивным образованием и вытеснением преобладают в качестве доминирующих иррациональных убеждений – требования к себе, полностью подтвердилась.

Список литературы:

1. Бьюдженталь Дж. *Наука быть живым : диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии* / Дж. Бьюдженталь. – Москва : «Класс», 1998. – 232 с.

2. *Диагностика здоровья : психологический практикум* / под ред. Г. С. Никифорова. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 949 с.



3. Менделевич В. Д. *Клиническая и медицинская психология : учебное пособие* / В. Д. Менделевич. – Москва : «МЕДпресс-информ», 2005. – 426 с.

4. Эллис А. *Гуманистическая психотерапия : рационально-эмотивный подход* / А. Эллис. – Санкт-Петербург : Изд-во Сова; Москва : Изд-во ЭКСМО-пресс, 2002. – 269 с.

5. Эллис А. *Практика рационально-эмоциональной поведенческой психотерапии* / А. Эллис, У. Драйден. – Санкт-Петербург : Изд-во Речь, 2002. – 345 с.



ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У КАРДИОБОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АГРЕССИВНОСТИ

Подстрешная Анастасия Николаевна,

Пинегина Наталья Михайловна

ФГБОУ ВО ВГУ, г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: тип отношения к болезни, кардиобольные, агрессивность.

Заболевания сердечно-сосудистой системы в наши дни являются распространенными и наиболее часто встречаемыми. При этом наблюдается рост заболеваемости людей молодого возраста. Это ставит проблему сердечно-сосудистых заболеваний на одно из первых мест в системе здравоохранения.

Лечение данной группы заболеваний невозможно без медицинского участия. Оно может протекать в разных формах: от назначения лекарственных препаратов до хирургического вмешательства. Больные нуждаются в наблюдении врачей и после лечения: они оказываются «на учёте» в медицинском учреждении, где проходит контроль над их здоровьем. Врачи могут рекомендовать изменить режим питания, исключить вредные привычки, заняться лечебной физкультурой. Однако этого недостаточно. Медицинскую реабилитацию необходимо сочетать с психологической.

Согласно психосоматическому подходу, на возникновение и течение заболеваний могут оказывать влияние и психологические факторы. Подавленные, невыраженные агрессия и гнев приводят к возникновению у человека проблем, связанных с нарушением работы сердца, артерий, вен и сердечно-сосудистой системы в целом [1]. Кардиологические болезни выступают приспособительным механизмом к агрессивным переживаниям, которые не выплескиваются



вовне, а остаются внутри человека. Больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями имеют свои психологические особенности – страх одиночества, беспокойство, спешка, общительность, уравновешенность и т.д. [4].

Кроме того, особенности личности больного определяют, как он склонен вести себя во время болезни, его чувства, переживания, т.е. они определяют внутреннюю картину болезни (далее, ВКБ). В это понятие А. Р. Лурия включает «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, – все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [3, с. 36].

Внутренняя картина здоровья (далее, ВКЗ) – это то, как человек представляет себе свое здоровье: «Человек знает (представляет себе или думает, что знает), что такое здоровье, и соотносит с ним свое актуальное состояние. Это то целостное представление, «для-себя-знание» о здоровье мы и определяем как ВКЗ» [2, с. 87]. ВКЗ всегда связана с жизненными целями человека, с осознанием ценности собственной жизни. ВКБ является внутренней картиной здоровья в условиях болезни, то есть, как человек осознает свое здоровье при болезни. У каждого больного формируется свой тип отношения к болезни, на основе которого строится его поведение.

Выделяется 12 типов отношения к болезни: гармоничный, эргопатический, анозогностический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический [5].

В соответствии с типом отношения к болезни определяется модель отношений между больным и врачом. Например, наиболее легко построить отношения с пациентом, у которого гармоничный тип отношения к болезни. Он будет



выполнять рекомендации врача, их сотрудничество окажется плодотворным. Другую линию поведения необходимо выбирать с эргопатическим и анозогнозическим типом. Здесь больные, почувствовав улучшение, прекращают лечение до следующего обострения. Врачу необходимо учитывать при выборе стратегии взаимодействия с пациентом, которая позволит создать эффективный союз.

Грамотное взаимодействие врачей и психологов в работе кардиологическими больным, использование врачами в работе психологических знаний, теоретических разработок психологов могут дать устойчивый фундамент для эффективной реабилитации кардиобольных.

Теоретический анализ проблемы типов отношения к болезни у кардиобольных с разным уровнем агрессивности показал ее недостаточную изученность. С этой целью нами было проведено эмпирическое исследование.

Базами эмпирического исследования выступали терапевтические отделения БУЗ ВО «Каменская РБ», БУЗ ВО «Лискинская РБ», БУЗ ВО «Подгоренская РБ», БУЗ ВО «Острогожская РБ»). Исследованием было охвачено 60 человек: 21 мужчина и 39 женщин со следующими болезнями: гипертония, аритмия, стенокардия, порок сердца, сердечная недостаточность, инфаркт миокарда. Средний возраст – 51 год.

В качестве гипотезы исследования выступало предположение о том, что кардиобольным с высоким уровнем агрессивности свойственны неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы, со средним уровнем агрессивности – анозогнозический, ипохондрический, сенситивный, тревожный типы, а с низким уровнем агрессивности – гармоничный, эргопатический, меланхолический, апатический типы отношения к болезни.

В качестве методов эмпирического исследования используется метод стандартизированного самоотчета, который реализуется в следующих методиках: опросник уровня агрессивности Басса-Дарки (А. Басс, А. Дарки), предназначенный для выявления уровня агрессивности респондентов на осознанном



уровне [7], и методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым и позволяющая диагностировать 12 типов отношения к болезни [6].

Обработка данных проводилась с помощью методов качественного и количественного, в том числе и статистического, анализа. С целью установления различий между кардиобольными с разными уровнями агрессивности и типами отношения к болезни использовался ранговый критерий Манна-Уитни.

Проведенное эмпирическое исследование позволяет сделать следующие выводы.

Доминирующим уровнем агрессивности для кардиобольных является высокий уровень. Для таких больных характерны чрезмерная конфликтность и выражение негативных эмоций в вербальных и невербальных формах, жестокость по отношению к другим людям. Это может приводить к трудностям во взаимодействии с окружающими.

Для кардиобольных с высоким уровнем агрессивности характерен дисфорический тип. Менее выраженными являются эгоцентрический, анозогнозический, неврастенический, параноидальный, гармоничный, ипохондрический, меланхолический, сенситивный, эргопатический типы. Апатический тип не характерен для кардиобольных с высоким уровнем агрессивности.

Для кардиобольных со средним уровнем агрессивности характерны неврастенический и сенситивный типы, менее выражены – дисфорический, тревожный, анозогнозический, апатический, гармоничный, эгоцентрический типы. Ипохондрический, эргопатический, меланхолический, параноидальный типы не диагностированы у кардиобольных со средним уровнем агрессивности.

Для кардиобольных с низким уровнем агрессивности характерны такие типы отношения к болезни, как ипохондрический тип, менее выраженными являются апатический, эргопатический, анозогнозический, неврастенический, сенситивный, тревожный, эгоцентрический типы отношения к болезни. Гармо-



ничный, дисфорический, паранойальный, меланхолический типы не характерны для кардиобольных с низким уровнем агрессивности.

В ходе эмпирического исследования гипотеза подтвердилась частично: кардиобольным с высоким уровнем агрессивности свойственны дисфорический, эгоцентрический и паранойальный типы отношения к болезни, со средним уровнем агрессивности – сенситивный тип, а с низким уровнем – апатический тип отношения к болезни. Такие типы, как гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, по результатам исследования не зависят от уровня агрессивности кардиобольного.

Таким образом, для эффективной реабилитации кардиологических больных целесообразно координировать усилия врачей и психологов, объединять знания двух наук – медицины и психологии.

Список литературы:

1. *Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр // пер. с англ. С. Могилевского. – Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с*
2. *Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В. Е. Каган // Вопр. психологии. – 1993. – № 1. – С. 86–88. .*
3. *Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия. – Москва : Медицина, 1977. – 111 с.*
4. *Любан-Плоца Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – Санкт-Петербург : НИПИ им. В. М. Бехтерева, 1994. – 245 с.*
5. *Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.*



6. Тимофеева О. В. *Внутренняя сторона болезни : учебно-методическое пособие для вузов : [для студентов-магистрантов 2-го курса очной формы обучения отделения факультета философии и психологии] : [для направления 030300 – Психология]* / О. В. Тимофеева. – Воронеж : Издательский дом ВГУ, 2014. – 68 с.

7. Фетискин Н. П. *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп* / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. Москва : Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 339 с.



ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Потоцкая Елизавета Андреевна

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России , г. Волгоград, Россия

Ключевые слова: детский церебральный паралич, дисгармоничное воспитание, анозогнозия, гиперпротекция.

Рождение ребенка с ДЦП изменяет семейное функционирование, личностные качества, ценностные ориентации, систему отношений [1, с.121].

Родители – основные участники помощи при церебральном параличе. Способность адаптироваться к воспитанию ребенка с особыми потребностями обусловлена преморбидными личностными особенностями родителей, их стрессоустойчивостью, характером семейного окружения и отношением родственников к болезни [2].

Обстановка, сложившаяся в семье больного с детским церебральным параличом в связи с его рождением, способствует формированию дисгармоничного (патологизирующего) типа семейного воспитания, осложняющего развитие ребенка [4, с.74]. На основе анализа теоретических источников выявлено, что наиболее частый тип отношений в семьях детей с ДЦП - гиперопека. В общении с больным ДЦП, родители используют стиль потворствующей протекции, который проявляется в удовлетворении потребностей без предъявления адекватных требований [3].

Для проверки гипотезы о том, что одним из факторов, определяющих адекватную социальную адаптацию ребенка с психофизическими недостатками, может быть улучшение микросоциальных условий его развития в результате создания гармоничной внутрисемейной атмосферы, были использованы эм-



психические методы: анкета «Психологический тип родителя», анкета «Определение воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии», методика «Что мой ребенок значит для меня», методика «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), проективная методика «Семейная социограмма», методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР).

По итогам статистической обработки данных с помощью параметрического критерия различий t Стьюдента, можно сделать вывод о том, что в детско – родительских отношениях в семьях детей с ДЦП, преобладают такие особенности семейного воспитания, как гиперпротекция, фобия утраты, предпочтение женских качеств, интернальность, нозогнозия и контроль активности [6, с.498].

Родители детей с церебральным параличом причины болезни воспринимают, как что – то, от них не зависящее, сложно управляемое, склоны к преуменьшению болезни. В равных степенях проявляют тревожность к детям, как родители здоровых детей, так и родителей детей с церебральным параличом. Доминирующий дисгармоничный тип воспитания в семьях с детьми с ДЦП – гиперпротекция (гиперопека) [5, с.138]. Такое воспитание приводит к пассивности и отказу от деятельности, которые появляются у ребенка, как вторичные поведенческие нарушения.

В результате проведенного исследования установлено, что большинство родителей, имеющих детей с ДЦП, относятся к авторитарному психологическому типу, т.е. для них характерны активная жизненная позиция и стремление преодолевать проблемы ребенка.

Была разработана психологическая программа помощи семьям, воспитывающим детей с детским церебральным параличом, эффективность которой была экспериментально доказана.

После реализации данной психологической программы у родителей детей с церебральным параличом уменьшились тревожность и общая напряжен-



ность в отношении состояния ребенка, они стали больше уделять ему внимания, сократилось эмоциональное отвержение, сформирован и скорректирован тип воспитания в семьях.

Дополнительно созданы и тщательно продуманы рекомендации родителям, имеющим детей с детским церебральным параличом:

- Никогда не жалеете ребенка из - за того, что он не такой, как все.
- Дарите ребенку свою любовь и внимание, но не забывайте, что есть и другие члены семьи, которые в них тоже нуждаются.
- Сохраняйте положительное представление о своем ребенке.
- Организуйте свой быт так, чтобы никто в семье не чувствовал себя «жертвой», отказываясь от своей личной жизни.
- Предоставляйте ребенку максимально возможную самостоятельность в действиях и принятии решений.
- Следите за своей внешностью и поведением. Ребенок должен гордиться Вами.
- Не бойтесь отказать ребенку в чем - либо, если считаете его требования чрезмерными.
- Чаще разговаривайте с ребенком. Помните, что ничто не заменит живого общения с Вами. Готовьте его к будущей жизни, говорите о ней.
- Не ограничивайте ребенка в общении со сверстниками.
- Чаще прибегайте к советам специалистов.
- Общайтесь с семьями, где есть дети. Передавайте свой опыт и перенимайте чужой.

Список литературы:

1. *Борисова Н.А., Бучилова И.А., Денисова О.А., Захарова Т.В. и др. Специальная семейная педагогика. Семейное воспитание детей с отклонения-*



ми в развитии: учебное пособие / Под редакцией проф. В.И. Селиверстова, доц. О.А. Денисовой, доц. Л.М. Кобриной. – 2005. - 358 с.

2. Иванова В.С. Исследование эффективности профилактической работы с семьей ребенка-инвалида с ДЦП с учетом типа взаимосвязи особенностей семейной коммуникации и отношения родителей к заболеванию ребенка с ДЦП // Журнал Вестник Томского государственного педагогического университета – 2013. - Выпуск № 6 (134)

3. Лаврова Г.Н. Особенности семьи ребенка с детским церебральным параличом // Статья опубликована в рамках XXXVII Международной научно-практической конференции «Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологи». - Россия, г. Новосибирск. - февраль 2014.

4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте, Изд - во: Академический Проект, Трикста, 2013. - 144 с.

5. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения, Изд - во Речь, 2010. - 218 с.

6. Медведева Е.А. Особенности семейного воспитания детей с детским церебральным параличом [Электронный ресурс] / Е.А. Медведева // Материалы 74-й открытой научно - практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием: "Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины" - Волгоград, 20 - 23 апреля 2016 г.



ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИЕЗЖИХ СТУДЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ- ПЕРВОКУРСНИКОВ ВУЗОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЗАЛЬЦБУРГА

*Пужливая Полина Евгеньевна, Тромбчиньски Петр Крыстиан
СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия*

Ключевые слова: адаптация, студенты, мигранты.

В рамках данной исследовательской работы было проведено кросс-культурное исследование адаптации студентов, сменивших город или страну проживания, в силу поступления в высшее учебное заведение. Предметом изучения стала адаптация студентов к новым жизненным условиям. Респондентами стали студенты-первокурсники, переехавшие в Санкт-Петербург из других городов России и те, кто для получения высшего образования выбрал университет г. Зальцбурга (Австрия). Поучаствовавшие в исследовании студенты переехали в Зальцбург из Украины, Казахстана и Германии.

Всего в исследовании приняли участие 22 студента в возрасте от 17 лет до 21 года. Того 6 мужчин (27% всей выборки), и 16 женщин (73%). Студенты из Зальцбурга составляют 22% всей выборки. Значительную часть изученной выборки составляют студенты в возрасте 18 лет - 59%. В соответствии с данными о населении их родных городов, респонденты были распределены в 4 группы:

1. Те респонденты, в чьих родных городах живет менее 100 000 человек - 18% испытуемых.
2. Те, в чьих родных городах проживает от 100 до 500 тысяч человек - 18% испытуемых.



3. Те, кто приехал из городов с населением от 500 000 до одного миллиона человек -14% испытуемых.

4. Те, кто приехал из крупных городов с населением, превышающим 1 миллион человек -60% испытуемых.

Кроме того, участники исследования предоставили данные о статусе своей семьи: 81% - являются выходцами их полных семей (родители живут в официально зарегистрированном браке), 5% – из неполных (имеется 1 родитель или опекун), 14% - родители испытуемых разведены и находятся в новых браках.

Исследование состояло из двух этапов:

1. Психологическое исследование с использованием психодиагностического инструментария: опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда[1], методики «Мотивация достижения» и «Мотивация избегания неудач» Т. Элерса, методику «Склонность к риску» А.М. Шуберта. [2]и полуструктурированное интервью.

Интервью состояло из двух частей – биографической анкеты и беседы, направленной на выявление психологического состояния респондентов по факту переезда в другой город.

2. Обратная связь по результатам тестирования, после чего респонденты принимали участие во втором интервью, так же нацеленном на выявление психологического состояния испытуемых и предоставляющем возможность сравнения ответов по некоторым пунктам.

Целью работы было выявление общих тенденций в адаптации учащихся.

Задачами являлось изучение субъективной оценки общего состояния студентов; частоты контактов с родителями; количества отмеченных испытуемыми ярких положительных и отрицательных событий прошедших с момента их приезда.

Результаты исследования показали, что студенты Санкт-Петербургских ВУЗов по сравнению со студентами, приехавшими в Зальцбург, чаще общаются



с родителями, более склонны к доминантности и эскапизму. Можно предположить, что несмотря на то, что эти студенты готовы брать инициативу в свои руки и справляться с трудностями самостоятельно, они сильно нуждаются в родительской поддержке и часто предпочитают уходить от проблем. В свою очередь студенты, переехавшие в Зальцбург, более мотивированы на успех и адаптивны, а их показатели по шкалам: «Самопринятие», «Принятие других», «Эмоциональный комфорт» и «Интернальность» выше, как и средний балл собственной оценки общего состояния, выделенный респондентами. Эти данные могут говорить о том, что студенты из этой группы благодаря высокой мотивации и самоконтролю, чувствуют себя более комфортно в новых обстоятельствах, стремятся к расширению своих социальных контактов и в целом довольны собой и собственной деятельностью, что может являться для них ресурсом в успешной адаптации.

Обобщая, можно предположить, что первокурсники, поступившие в зарубежный ВУЗ и переехавшие в другую страну, более кардинально меняют условия своей жизни. Эти молодые люди и девушки приспосабливаются к новым условиям несколько лучше, чем их ровесники, поступившие в ВУЗы и переехавшие в другой город внутри своей страны.

Кроме того, студенты-эмигранты менее привязаны к дому в принципе и ищут ресурсы в себе, но стресс, мобилизованность и психологическое давление условий аккультурации[3] влияют на то количество событий, которые респондент считает яркими и значительными: студенты из Зальцбурга выделяли значительно меньше положительных событий за время пребывания в городе, но и отрицательных событий было выделено меньше, чем среди студентов из Санкт-Петербурга.

Заключение

Результаты исследования показывают то, насколько важно изучать социально-психологическую адаптацию первокурсников для того, чтобы сформиро-



вать психологическую базу помощи студентам, сталкивающимся с различного рода трудностями в процессе освоения новых жизненных условий. Кроме того, можно отметить большую актуальность и практическую значимость исследований в данной сфере, поскольку процент первокурсников, являющихся референтной группой в этом контексте, достаточно велик.

Уже на данный момент можно выделить общие тенденции, которые наблюдаются в разных группах респондентов, в зависимости от различных параметров. Более подробная и тщательная разработка данных и опрос большего количества первокурсников в будущем будут способствовать более четкому пониманию этих тенденций и, как следствие, более точным выводам.

Список литературы:

1. *Осницкий, А. К. Определение характеристик социальной адаптации / А.К. Осницкий // Психология и школа. — 2004. — №1 — С.43-56*
2. *Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты.*
3. *Стефаненко Т. Г. Этнопсихология: Учебник для вузов. — 4-е изд., испр. и доп. — М.: Аспект Пресс, 2009. — 368 с.*



КОНЦЕПЦИЯ ОЖИРЕНИЯ В ПОЗИТИВНОЙ И ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Рассоха Виктория Сергеевна, Павлова Екатерина Викторовна

ФГБОУ ВО АмГУ, г. Благовещенск, Россия

Ключевые слова: ожирение, психосоматика, позитивная психотерапия.

На сегодняшний день в большинстве развитых стран наблюдается тенденция к увеличению массы тела у населения. Всемирная организация здравоохранения всерьёз озабочена тем, что очень многим людям ставится диагноз «ожирение». Статистика ВОЗ показывает, что с 1980 по 2008 год количество людей, страдающих от ожирения, увеличилось два раза. Согласно этим данным, более 50% населения в Европейском регионе ВОЗ страдают от избыточного веса, при этом у 23 % женщин и 20% мужчин наблюдается ожирение. Эти неутешительные данные касаются не только взрослого населения. По данным той же ВОЗ, с 1980 по 2008 год возросло число детей, которые страдают от избыточного веса и ожирения. С проблемой лишнего веса и ожирения связаны риски развития сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний опорно-двигательного аппарата, ортопедические проблемы, а так же проблемы в психической сфере человека [2].

Под ожирение понимается избыточные (более чем на 20% от средних величин) отложения, за счет жировой ткани, в подкожной клетчатке, органах и тканях. Это в свою очередь приносит сильный физический, психологический дискомфорт.

Как полагает Н. Пезешкиан, у большинства людей, страдающих от ожирения, отсутствует критический взгляд на свой вес и количество потребляемой ими пищи. Им кажется, что они едят не так много. Как правило, для таких лю-



дей характерны приступы так называемого обжорства. Обычно это происходит в вечернее или ночное время. Кроме того, на количество потребляемой ими еды влияют конфликты и напряжение, а также страхи и чувство вины по отношению к еде. Это может повлечь за собой чередование фаз голодания и обжорства.

Анализ транскультурального аспекта ожирения показывает, что степень полноты сильно зависит от моды, времени, культуры и социального слоя (VishovHerrmann, 1986). В англосаксонских странах, Германии и пр., чаще ожирение возникает у женщин низших социальных слоёв. Было установлено, что в США дети полных родителей имели гораздо больший вес, чем дети, у которых родители были стройными [3, С. 131].

В психологической литературе есть много взглядов на психосоматическую составляющую ожирения. Так психоаналитики считают, что развитие ожирения связано с тем, что человек неосознанно ищет заместителя для удовлетворения нереализованных эмоциональных притязаний. Ф. Александер отмечает, что под воздействием (в том числе и травматическим) происходит регрессия на предыдущие стадии развития и фиксация на оральной стадии развития. Так же многими исследователями отмечается значение отношений мать – дитя в генезе развития ожирения. Так, если у матери имеются проблемы в эмоциональной сфере, когда она не в состоянии выразить тепло и ласку по отношению к ребенку, то на первый в план в их отношениях выступает процесс кормления. В последующем у ребёнка закрепляется концепция, что еда является необходимым условием любви [3, С. 133].

В позитивной психотерапии существует уникальный подход к различным заболеваниям, в котором прежде всего, внимание обращается на целостность той или иной проблемы [1, С. 32]. Соответственно, болезнь рассматривается как вариант переработки актуальных конфликтов, возникающих в различных сферах жизни («деятельность», «контакты», «смыслы»). Однако, при таком способе



переработки конфликт не разрешается, а лишь несколько маскируется, уходит на второй план. Болезнь может рассматриваться как «способность определенным образом справляться с конкретным конфликтом» или конфликтами определенного типа. При этом в генезе психосоматического заболевания прослеживается многократно повторяющиеся паттерны реагирования в конфликте, описываемые в терминах актуальных способностей человека.

Так ожирение рассматривается как способность человека здесь и сейчас сделать для себя что-то приятное. Н. Пезешкиан отмечает, что причиной может служить не только опыт раннего детства, когда еда являлась чем-то большим, чем потреблением питательных веществ (например, внимание матери, уменьшение чувства неудовольствия). Но это ещё и те концепции, которые воспринимались и усваивались человеком в процессе воспитания. Например, «Если будешь много есть, то станешь большим и сильным», «Лучше лопнуть, чем оставить что-то богатому хозяину» и т.д. Эти концепции отражают отношение человека к еде, пищевое поведение. В каждой культуре, стране и семье они свои. Проблемы с лишним весом возникают тогда, когда внимание, безопасность, любовь и забота достаются по принципу «Любовь идёт через желудок»[3, С. 134].

Несмотря на то, что зачастую люди утверждают, что их проблемы с лишним весом связаны с какими-либо заболеваниями, ожирение менее, чем в 5% случаев является симптомом какого-либо органического заболевания. Следует отметить, что именно при данном расстройстве большую роль играют психологические и психосоциальные факторы. Это говорит о том, что при лечении ожирения специальная диета должна сопровождаться психологической и психотерапевтической помощью. В рамках позитивной психотерапии работа с человеком, страдающим от ожирения, осуществляется при помощи позитивного (в данном случае, целостного) подхода и содержательного анализа тех концепций, которые у него имеются. Ожирение понимается как позитивное отношение



к «Я», как щедрость, широта натуры в отношении питания, как актуализация ощущений вкуса, эстетики блюд и т.д.

В работе с клиентом, имеющим психосоматическое заболевание, используется пятиступенчатая стратегия психотерапии, в рамках которой задействуются те же ключевые идеи, что и в работе с «психологическими» жалобами, однако исследование проблемы начинается с исследования запроса клиента в области здоровья. Далее рассматривается взаимосвязь между жалобами клиента, его актуальной жизненной ситуацией, особенностями и условиями детского развития и внутренней динамикой конфликта. Н. Пезешкиан подчеркивает, что лечить нужно не болезнь, а человека в целом, поскольку любая болезнь выполняет определенную функцию, и другие способы решать данную задачу на момент заболевания человеку недоступны.

Таким образом, в позитивной психотерапии есть свой подход к пониманию феномена ожирения, а также концепция работы с людьми, страдающими ожирением.

Список литературы:

1. Авдеев Д.А., Пезешкиан Х. *Позитивная психотерапия в психосоматике*. Чебоксары: Изд-во Чуваш, ун-та 1993. 112 с.
2. ВОЗ. *Проблема ожирения: краткие статистические данные [Электронный ресурс] / ВОЗ. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (дата обращения: 28.10.2017г.)*.
3. Пезешкиан Н. *Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. / Носсрат Пезешкиан. – 2-е издание. М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. 464 с.*



СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗОМ

Рыбасова Екатерина Николаевна, Пинегина Наталья Михайловна

ФГБОУ ВО ВГУ, г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: ноогенный невроз, невроз, смысложизненные ориентации.

Актуальность данной работы заключается в том, что изучение смысложизненных ориентаций позволяет изучить общую картину смысла жизни больного. Проблема смысла жизни – одна из фундаментальных проблем философии и психологии. Отсутствие смысла жизни, как было замечено В. Франклом, приводят к образованию «ноогенного невроза», который характеризует общую тенденцию к разрушению жизни человека.

В своей работе «Человек в поисках смысла» он пишет о том, что в человеке заложена тенденция поиска «в своей жизни смысла и осуществления его». Это и есть то, что логотерапевтической теорией мотивации описывается понятие «стремление к смыслу». Смысл жизни, в русле логотерапевтической теории, представляет собой стремление к обретению универсальных ценностей [3].

Прежде чем обратиться к смысложизненным ориентациям и проблеме смысла у больных неврозом, стоит отметить, само понятие «невроз». В психиатрической практики под неврозом понимают – «нервно-психические расстройства, заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений» [1, с. 278].

Для них характерны:



- 1) обратимость патологических нарушений, независимо от их длительности;
- 2) психогенная природа заболевания, которая определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений, присущей личности больного, и патогенной конфликтной ситуации;
- 3) специфичность клинических проявлений, состоящая в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Поскольку смысложизненные ориентации являются тем вектором, который и определяет смысл жизни и направляет человека в его жизни, необходимо изучить смысложизненные ориентации невротиков, понять, что для них характерно. Смысложизненные ориентации – это целостная система сознательных и избирательных связей, отражающая направленность личности, наличие жизненных целей, осмысленность выборов и оценок, удовлетворенность жизнью (самореализацией) и способность брать за нее ответственность, влияя на ее ход [4]. Согласно мнению В. Э. Чудновского, смысложизненные ориентации должны быть «продуктивными», т.е. адекватными и способствовать позитивному развитию личности [4].

Объектом исследования являлись смысложизненные ориентации людей, предметом – смысложизненные ориентации у больных неврозом.

В качестве гипотезы исследования выступало предположение о том, что невротики не удовлетворены своей жизнью, ощущают собственную нереализацию и не верят в возможность контролировать свою жизнь, живут прошлым или настоящим, не планируя свое будущее, а в системе их жизненных смыслов преобладают семейные и альтруистические смыслы, которые помогают им ощутить собственную значимость, в отличие от здоровых людей.



В результате проведенного эмпирического исследования и анализа его результатов можно сделать следующие выводы:

1) для больных неврозом характерна малая осмысленность собственной жизнью, неумение ставить цели в будущем, ощущение жизненного фатализма и неспособность ощущать себя хозяином своей жизни;

2) при этом невротики в системе своих жизненных смыслов выдвигают на первый план такие смыслы, как смысл самореализации, коммуникативный и альтруистический;

3) особенностями больных неврозом является высокий уровень неудовлетворенности жизнью.

Таким образом, можно отметить следующее. Исследуя смысложизненные ориентации у больных неврозом, была выявлена определенная специфика данных ориентаций. А именно, для невротиков характерно ощущение собственной незначимости, «ущербности». Постоянно стремясь достигнуть успеха, они, тем не менее, не способны найти в настоящем ресурсы, чтобы ставить адекватным, выполнимые цели в будущем. Следовательно, их деятельность становится обрывистой, незавершенной, а общее настроение – упадническим.

Так же рассматривая систему смыслов жизни невротиков, было замечено, что для них характерны смыслы, которые связаны с другими людьми – общением, помощью, семьей. Вероятно, так невротики компенсируют собственную незначимость в своих же глазах, обретают поддержку [2].

Тем не менее, в целом для невротиков характерно ощущение неудовлетворенности собственной жизнью, прожитым промежутком времени. Это касается как и личной сферы невротиков, так и трудовой [5].

Изучение данной проблемы целесообразно продолжить. Будет важным сравнить смысложизненные ориентации у невротиков, которые имеют разный вид данного заболевания.



Список литературы:

1. Карвасарский Б. Д. *Клиническая психология* / Б. Д. Карвасарский. – Санкт-Петербург : Питер, 2006. – 960 с.
2. Соловьева С. Л. *Психотерапия : новейший справочник практического психолога* / С. Л. Соловьева. – Москва : АСТ, 2005. – 704 с.
3. Франкл В. *Человек в поисках смысла* / В. Франкл. – Москва : Смысл, 2004. – 366 с.
4. Чудновский В. Э. *Становление личности и проблема смысла жизни* / В. Э. Чудновский. – Воронеж : «МОДЭК», 2006. – 768 с.
5. Яницкий М. С. *Диагностика уровня развития ценностно-смысловой сферы личности : уч. пособие* / М. С. Яницкий, А. В. Серый. – Новокузнецк : МАОУ ДПО ИПК, 2010. – 102 с.



АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Саидова М.А., Ходжаева С.А.

Самаркандский Медицинский Институт, г. Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: студенты-медики, психологическое здоровье, нездоровье.

Актуальность. Результаты многих исследований последних лет по психологии здоровья свидетельствуют о нарастающих нагрузках больших объемов информации на нервную систему, психику человека, что особенно выражено у студентов.

Цель. Исследование уровня психологического здоровья студентов-медиков.

Материалы и методы. Нами обследованы 70 студентов Самаркандского Медицинского Института. Из них 38 студентов 4 курса, 32 студента 6 курса. Всем студентам было предложено анкетирование по шкале психологического здоровья – оценивались оптимизм, уравновешенность, уверенность, чувство юмора, креативность, интеллектуальность, потенциал, адекватная самооценка, стрессоустойчивость, способность к творчеству. По шкале психологического нездоровья оценивались повышенная внушаемость, беспричинная злость, враждебность, пассивная жизненная позиция, наличие вредных привычек, жестокость и конфликтность.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что наиболее выраженным показателем психологического нездоровья студентов является повышенная внушаемость (35,1%). Вторым показателем по степени выраженности является повышенная тревожность (21,2%). Из показателей психологическо-



го здоровья наиболее низко выражена стрессоустойчивость (38,2%), что объясняет затруднения в процессе учебы. Ощущение психологического комфорта (72%), интеллектуальный потенциал (74%) были самыми высокими по здоровью у всех обследованных.

Сравнивая результаты студентов 4-го и 6-го курсов можно сказать следующее: у студентов 6-го курса показатель психической уравновешенности выше на 15,2%, уровень повышенной внушаемости выше на 10,2%, показатель конфликтности выше на 11,2%, чем у студентов 4 курса. У студентов 4-го курса также преобладала повышенная внушаемость и показатель конфликтности. Из показателей психологического здоровья у студентов 4-го курса наиболее высоко выражены вера в себя и свои возможности и оптимизм. Вместе с тем, показатель стрессоустойчивости явился самым низким среди студентов 6-го курса.

Вывод. Студенты в период обучения часто подвергаются стрессовым ситуациям, учебные нагрузки влияют на психологическое здоровье студентов-медиков. Это является основанием для проведения превентивных мероприятий по укреплению и сохранению психологического здоровья студентов-медиков.

Список литературы:

1. Ананьев В.А. «Введение в психологию здоровья», СПб, 1998
2. «Психологическое здоровье» по ред. Г.С. Никифорова, СПб, 2006 г. 607 стр.
3. Никифоров Г.С. Практикум по психологии здоровья. СПб, 2005
4. Малинаускас Р.К., Думчене А.А. «Психологическое здоровье студентов педагогических ВУЗов», // Физическое воспитание студентов. – 2016. - №3. – Стр. 45-47.



**ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У ЖЕНЩИН,
БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ЗАКОНЧИЛАСЬ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ**

*Сафонова Анна Сергеевна, Золотова Ирина Александровна
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия*

Ключевые слова: преждевременные роды, беременность, гестационная доминанта.

Данная работа посвящена проблеме психологической готовности современных женщин к материнству. Выбранная нами тема является актуальной, так как в последнее время отмечается увеличение количества преждевременных родов. Недоношенные дети входят в группу риска по отставанию как в психическом, так и физическом развитии. Наличие проблем в онтогенезе материнской сферы, нарушения в диаде «мать-дитя», несформированность материнской позиции приводит к формированию индифферентного и негативного отношения к новорожденному и усугубляет его дальнейшее развитие. На самых ранних этапах развития особенности ребенка достаточно жестко определены функциями матери и их нарушение ведет к изменениям в общем психическом развитии ребенка по типу дефицитарности или искажения. Для этого необходимо вовремя выявлять тип психологического компонента гестационной доминанты и путем корректирующих мероприятий способствовать формированию оптимального отношения женщины к своей беременности, к своему ребенку. Психологический компонент гестационной доминанты отражает степень готовности женщины к материнству и способствует благоприятному течению беременности и своевременным не осложненным родам. Когда мы знаем особенно-



сти психологического компонента гестационной доминанты, то мы можем психологически правильно сформировать программу помощи и сопровождения беременных, которые находятся в группе риска по перинатальной патологии в условиях женской консультации и на всех этапах родовспоможения.

Цель: выявить особенности в выраженности черт ПКГД у женщин, беременность которых закончилась преждевременными родами до 30 недель.

Гипотеза исследования:

Женщины, беременность которых закончилась преждевременными родами до 30 недель, имеют особенности в выраженности черт ПКГД.

В исследовании нами были использованы следующие методы и методики.

1. Клиническая беседа и метод полу-структурированного интервью. Данный метод работы использовался для того, чтобы установить контакт с женщиной и создать благоприятную обстановку для исследования, выявить определенные черты личности и особенности протекания ее беременности.

2. Методика «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова. Данная методика позволяет выявить тип психологического компонента гестационной доминанты и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции

3. Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» И.А. Золотовой. Данная методика была использована для изучения установочного отношения женщины к новорожденному ребенку, а также с целью изучения неосознаваемых эмоциональных особенностей формирующихся диадических отношений «мать – дитя».

Для нашего исследования диагностически значимыми являются следующие содержательные особенности рисунка:

1. Изображение ребенка на руках собственной матери — как отражение неприятия новорожденного, нарушение в диадических отношениях «мать-дитя», бессознательное освобождение себя от «уз материнства». 2. Ребенок на



руках у матери свидетельствует о благоприятной ситуации, отсутствии внутриличностных конфликтов, связанных с состоянием материнства.

3. Отсутствие на рисунке образов себя - матери, собственной матери или ребенка говорит об очень серьезных нарушениях отношений, т. е. о полном отвержении.

4. Половая и возрастная идентификация себя - матери, собственной матери или ребенка как отражение их образов, в соответствии с реальной жизненной ситуацией.

5. Изображение образов себя - матери, собственной матери и ребенка в виде обезличенных, одного размера, возраста и пола фигур свидетельствует о глубоких нарушениях поло-ролевой идентификации.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Областного перинатального центра» города Ярославля. В нем приняли участие 45 женщин, из которых была выделена основная группа в количестве 15 человек в возрасте от 18 до 40 лет со сроком гестации менее 30 недель и контрольная группа в количестве 30 человек в возрасте от 19 до 41 года со сроком гестации 37-42 недели. Эти категории женщин, мы смогли отобрать среди рожениц, учитывая их согласие.

По результатам нашего исследования можно сформулировать следующие выводы:

1. Мы выявили особенности в выраженности черт психологического компонента гестационной доминанты. Существенное различие в количестве человек (15 и 30) основной и контрольной группы не позволяет нам провести корреляционный анализ показателей.

2. Гипотеза нашего исследования подтвердилась. У женщин контрольной и основной группы имеются особенности в выраженности черт тревожного типа психологического компонента гестационной доминанты. Усиление тревоги наблюдается в таких сферах, как отношение к вскармливанию ребенка грудью,



отношение во время беременности к предстоящим родам, отношение к своему ребенку, отношение к образу жизни во время беременности.

3. По результатам методики «Тест отношений беременной» И.В.Добрякова в 70% у женщин контрольной группы и в 75% у женщин основной группы преобладающим типом психологического компонента гестационной доминанты является «оптимальный», который способствует формированию гармонического типа семейного воспитания ребенка. Этот вариант формируется преимущественно у хорошо социально адаптированных женщин. При возникновении осложнений при беременности они адекватно относятся к ним, активно сотрудничают с врачами.

4. При обработке результатов методики «Тест отношений беременной» И.В.Добрякова у женщин контрольной группы отмечается ярко выраженные черты тревожного типа, но они не являются преобладающими. В 30% женщины беспокоятся о состоянии своего ребенка и его развития. Критерий «беременность заставила полностью изменить образ жизни» мы наблюдаем у 26%, возможно, женщины не хотели его менять, но обстоятельства, связанные с беременностью, их заставили это сделать. В 20% они думают о предстоящих родах, боятся их. Таким образом, у доминирующего числа женщин контрольной группы имеются особенности в выраженности черт тревожного типа ПКГД. Явно видно наличие тревожного состояния, связанного с беременностью. Женщина кардинально меняет привычный образ жизни и свою психологическую картину.

5. При обработке результатов методики «Тест отношений беременной» И.В.Добрякова у женщин основной группы выявлены особенности черт тревожного типа, но они не являются преобладающими. Отмечается тревожное состояние по поводу беспокойства о состоянии здоровья своего ребенка и его развития, и о предстоящих родах, боязнь их. В 26% проявляются эти критерии, они являются наиболее показательными и отражают наличие внутренней тревоги.



Недоношенные дети являются источником беспокойства матери. Очевидно, что в данной категории женщин наблюдаются выраженные черты данного типа. В 20% они думают, что у них могут возникнуть проблемы с кормлением грудью. Таким образом, мы можем предположить, что данные критерии могут быть одними из многих факторов проявления преждевременных родов, так как гармоничная работа всех систем организма, без малейших потрясений, спокойное состояние беременной женщины способствуют вынашиванию ребенка (не учитывая физическое состояние матери).

6. По результатам проективной методики «Моя мама, я и мой ребенок» ярко выраженными у женщин контрольной и основной группы являются следующие параметры: «Отсутствие на рисунке новорожденного» (у контрольной группы - 23%, у основной группы - 26%), они не рисуют своего новорожденного ребенка, а рисуют просто коляску. Что говорит о не готовности женщины к материнству, нет установленной связи между матерью и ребенком, символическое непринятие новорожденного. «Изображение новорожденного на руках у себя-матери» (контрольная группа - 20%, основная группа - 20%) - сформированный материнский инстинкт и материнская компетентность (т.е. не только умением матери осуществлять физиологический уход за ребенком, но также знанием ею основных психологических особенностей ребенка и способностью их удовлетворения), адекватная ценность ребенка и материнства, наличие симбиотической связи между ребенком и матерью. «Схематическое отображение фигур, не отражающих пол и возраст» (контрольная группа - 43%, основная группа - 26%) наблюдается глубокое нарушение поло-ролевой и возрастной идентификации, непринятие в себе ряда качеств, характерных для женщины, которые будут формировать определенное отношение к ребенку, женщины рисуют схематичных человечков: руки и ноги в виде палок, туловище - треугольник. «Возраст не соответствует периоду новорожденности» (контрольная груп-



па - 33%, основная группа - 26%) - женщина не готова к рождению ребенка, социальная роль матери не сформирована.

7. Мы предполагаем, что некоторые женщины давали социально-одобряемые ответы на методику «Тест отношений беременной» (И.В.Добряков), но на рисунках отчетливо было видно наличие проблемы во взаимоотношении с матерью и восприятии своего ребенка, нарушения онтогенеза материнской сферы.

Иллюстрация клинического случая.

«Г.О., возраст 29 лет, образование среднее специальное, замужем, 2 беременности, 2 роды на сроке гестации 25,5 недель. Беременность желанная, но незапланированная. Родилась двойня, но в данный момент ребенок один (по каким причинам неизвестно). На момент исследования отмечается пониженный фон настроения, женщина находится в подавленном, угнетенном состоянии, на контакт почти не идет. Насторожено относится к каждому адресованному к ней слову («мне не нужен психолог, у меня все нормально и у моего ребенка тоже»), высказывает фразы, которые отражают негативное отношение к врачам».

По результатам исследования методикой «Тест отношений беременной» И.В.Добрякова отсутствует преобладающий тип ПКГД. Отмечаются черты абсолютно каждого типа. Эйфорическое состояние по отношению к беременности («ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна»), она является для нее радостным событием. По отношению к ней мужа отмечаются черты гипогестозического типа («моя беременность никак не изменила отношение ко мне отца моего ребенка»), отмечается тревожное состояние по отношению к образу жизни во время беременности («беременность заставила полностью изменить образ жизни»), депрессия по отношению к предстоящим родам («когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я не сомневаюсь в пло-



хом исходе») и отношению к вскармливанию ребенка грудью (« я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью»).

По результатам проективной методики «Моя мама, я и мой ребенок»: 1) замена матери, себя и ребенка символическими образами, что говорит о нарушении поло-ролевой и возрастной идентификации, т.е. данный фактор может провоцировать неадекватные формы поведения, непринятие в себе ряда качеств, характерных для женщины, которые будут формировать определенное отношение к ребенку. 2) расстояние между фигурами. Рисунок нарисован красным цветом, отражающим наличие тревожности.

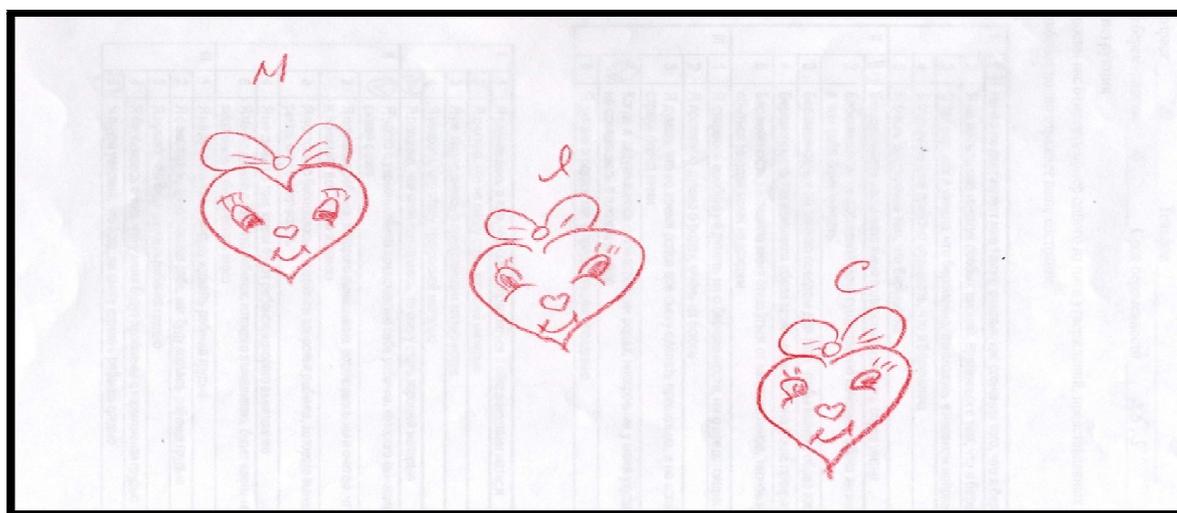


Рисунок 1. Результаты методики «Моя мама, я и мой ребенок»

Таким образом, было проведено исследование, по результатам которого можно сказать, что установочное отношение матери к ребенку, особенности взаимоотношений с собственной матерью будут влиять на психологическое состояние и физическое развитие самого новорожденного. Было выявлено, как влияет беременность на женщину, и какой тип гестационной доминанты включался у каждой женщины при ожидании ребенка. В последующем планируем увеличить выборку и провести корреляционный анализ показателей.

Список литературы:



1. *Золотова И.А. Отношение к новорожденному у женщин группы риска: дис. ... канд. психол. н. – Кострома, 2013. – 179 с.*
2. *Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков – СПб.: Питер, 2010. – 234 с.*
3. *Добряков И.В. Влияние личностных особенностей женщин на формирование различных вариантов психологического компонента гестационной доминанты // Психическое здоровье. - 2012. Т. 10. № 9 (76). - С. 80-84.*
4. *Доминанта и условный рефлекс / под ред. П.В.Симонова. – М.: Наука, 1987. -176 с.*
5. *Добряков И.В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2014. № 1 (45). - С. 46-50.*
6. *Основы перинатальной психологии / Жупиева Е.И. – Иркутск. - 2010.*
7. *Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова– М., 2000. – 449 с.*
8. *Барабаничиков В.А. Экспериментальный метод в структуре психологического знания / Барабаничиков В.А. – М.: Институт психологии РАН, 2012. – 725 с.*



МНОГОСТУПЕНЧАТАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИСУИЦИ- ДАЛЬНАЯ ПРОГРАММА «CHOOSE LIFE»

Свистунова Кристина Александровна

ФГБОУ ВО ТГУ имени Г. Р. Державина, г. Тамбов, Россия

Ключевые слова: аутодеструктивное поведение, суицидальные наклонности, антисуицидальная программа.

В настоящее время аутодеструктивное поведение среди подростков и молодежи становится массовым явлением. Это диктует необходимость оптимизации методов предупреждения самоповреждающего поведения. Актуальной является разработка стратегий первичной профилактики суицидального поведения у подростков и молодежи.

Если обратиться непосредственно к профилактическим программам, то можно насчитать около 2000 пособий по всему миру. Вследствие активного развития сети Интернет и расширения его влияния на жизнь современной молодежи, наиболее интересной мы считаем международную организацию предотвращения самоубийств «Befrienders» («Самаритяне»), которая первой внедрила кризисную терапию через электронную почту. Что касается отдельно взятых стран, наиболее продвинутым в данном плане является Израиль. Существующая на территории государства онлайн-служба SAHAR («Поддержка и слушание в сети») работает с людьми, оказавшимися в кризисе, и предлагает им анонимную дистанционную консультацию у специалиста-практика или добровольца [1]. В целом можно отметить рост развития консультаций на специализированных сайтах, форумах, а также через различные мессенджеры. Значение же популярного ранее «телефона доверия» постепенно снижается, в особенности среди подростков и юношей.



В ряде стран Европы, а также в США, основной акцент в разработке профилактических программ ставится на депрессиях. В Соединенных Штатах, например, реализуются скрининговые программы для выявления и лечения депрессии, в том числе у подростков.

Отдельно можно выделить разработанную Ч. Хеннигом с коллегами программу, которая предполагает обучение подростков способам распознавания склонности к суицидальному поведению среди сверстников, а также оказания им психологической помощи. Предпосылками для создания такого вида программы послужило получение данных о предпочтении подростков обращаться по поводу своих переживаний к сверстникам, а не специалистам. [2]

Отечественные специалисты в данной области также активно занимаются разработкой методов предотвращения суицида среди подростков и юношей. Во многих городах существуют трехуровневые суицидологические службы. В образовательных учреждениях по всей России регулярно проводятся скрининг-диагностика склонности к суицидальному поведению с последующим индивидуальным консультированием. Российские психологи, работающие в профилактике, также осваивают Интернет-пространство: существует научно-практический журнал «Психологическое консультирование онлайн», работают антисуицидальные сайты и группы в социальных сетях. [3]

Изучив литературу по данной теме и проанализировав полученную информацию, мы разработали многоступенчатую программу профилактики суицидального поведения «Choose life» («Выбери жизнь»), ориентированную на подростковый и юношеский возраст.

Программа включает в себя на 1 ступени разработку и распространение информационных флаеров и плакатов, содержащих информацию о том, где учащиеся и родители могут получить психологическую помощь. В качестве второй ступени выступает тренинг для учащихся-волонтеров, направленный на развитие коммуникативных навыков и эмпатического общения. Тренинг пред-



полагает повышение психологической культуры, обучение азам выявления лиц, склонных к суицидальному поведению и оказания им психологической поддержки. Третью ступенью является тренинг для лиц с риском развития суицидального поведения. Тренинг предполагает коррекцию неблагоприятных эмоциональных состояний, обучение навыкам эмоциональной саморегуляции, построение перспективы профессионального будущего, формирование позитивной личностной идентичности. Четвертая ступень - это оказание индивидуальных консультаций на базе Центра практической психологии ТГУ им.Г.Р.Державина. В качестве пятой ступени мы планируем оказание методической поддержки специалистам, и с этой целью нами разработан Интернет-ресурс, содержащий методические материалы. Первые три этапа программы апробированы в 2016-2017 учебном году, в сентябре 2017 года предполагаем внедрить в практику четвертый этап, заключительный этап - Интернет-ресурс, подразумевающий методическую поддержку специалистов, готов к публикации. В течение года мы апробировали программу в общеобразовательных школах и колледжах нашего города. Нам удалось с помощью тренинга и дневника волонтера заинтересовать студентов как по данной теме, так и по другим вопросам психологии.

Разработанная программа имеет значение, в первую очередь, для социализации подростков и молодежи, расширения их коммуникативной среды. Она благотворно влияет на развитие личности подростка, обеспечивает обучение навыкам саморегуляции. Тренинг, включенный в дневник волонтера, способствует развитию коммуникативных навыков и эмпатии, повышению самооценки детей, имеющих проблемы во взаимодействии со сверстниками. Выявление группы риска и работа с ней обеспечивает снижение уровня агрессии, снятие эмоционального и физического напряжения, коррекцию негативных жизненных установок.



Список литературы:

1. Бовина И.Б. Профилактика суицида в подростковой и молодежной среде: размышляя над опытом западных моделей//Психолого-педагогические исследования. 2013. № 2. С. 214-227.
2. Hennig C.W., Crabtree C.R., Baum D. Mental health CPR: peer contracting as a response to potential suicide in adolescents// Archives of Suicide Research. 1998. Vol. 4. № 2.)
3. Любов Е.Б. Профилактика суицидов молодых: международный опыт и отечественные резервы (комментарии переводчика)// Суцидология. 2014. Т.5. №4. С.9-11



РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С МЕЖЛИЧНОСТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Седнева Надежда Владимировна, Бабич Ольга Митрофановна

ФГБОУ ВО ВГУ, г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: расстройства эмоциональной сферы, межличностная зависимость, депрессия, тревожность.

В настоящее время распространенность расстройств эмоциональной сферы становится все более значительной, в связи с этим возникает необходимость углубленного изучения данного направления. Депрессивные и тревожные расстройства являются наиболее эпидемиологически значимыми и приводят к таким тяжелым последствиям, как утрата трудоспособности, нарушение социальной активности, обострению соматических заболеваний, повышают риск возникновения разных форм зависимости, являются основным фактором риска суицидов. Наше исследование посвящено изучению расстройств эмоциональной сферы у лиц с межличностной зависимостью.

Зависимое поведение является серьезной социальной проблемой. Межличностная зависимость в настоящее время мало изучена, однако это не менее серьезный вид зависимого поведения. Чрезмерное проявление межличностной зависимости представляет собой специфическое состояние, в основе своей содержащее сильную потребность в эмоциональной близости, любви и принятии со стороны значимых других. Особая роль отводится зависимости в возникновении психологических и соматических нарушений. Межличностная зависимость является фактором личностной уязвимости, повышающий риск возникновения депрессии или тревожных расстройств [3, 4].



Нами была предпринята попытка научного осмысления различий в расстройствах эмоциональной сферы лиц с межличностной зависимостью. Мы предположили, что у лиц с разным уровнем межличностной зависимости расстройства эмоциональной сферы будут различаться, а именно [1, 2, 4]: у лиц с низким уровнем межличностной зависимости расстройства эмоциональной сферы не выражены: наблюдаются нормальный уровень тревоги и отсутствие симптомов депрессии; лицам со средним уровнем межличностной зависимости характерны повышенный уровень тревоги и депрессия ситуативного генеза; лицам с высоким уровнем межличностной зависимости характерны высокий, клинически значимый уровень тревоги и субдепрессивное состояние.

Расстройства эмоциональной сферы – болезненные переживания тех или иных эмоциональных состояний. Наиболее распространенными являются депрессивные и тревожные расстройства, которые отличает высокий уровень коморбидности друг с другом.

Межличностная зависимость – это зависимость с фиксацией на окружающих людях или конкретном человеке. В основе такой зависимости лежит сильная потребность в определенном лице с целью получения его поддержки и помощи, а также неспособность индивида к самостоятельному поведению [3].

Исследования межличностной зависимости выявили ее двунаправленную связь с депрессией. Высокая зависимость может выступать как фактор уязвимости, повышающий риск возникновения депрессии, а опыт перенесенного депрессивного эпизода может усиливать межличностную зависимость. Также показана роль межличностной зависимости в возникновении тревожных расстройств.

Нами было проведено исследование, в котором принимали участие мужчины и женщины в количестве 48 человек, из них 31 женщина и 17 мужчин.

В результате исследования наше предположение подтвердилось частич-



но. Подтвердилось, что у лиц с низким уровнем межличностной зависимости расстройства эмоциональной сферы не выражены: наблюдается нормальный уровень тревоги и отсутствие симптомов депрессии; у лиц с высоким уровнем межличностной зависимости выявлен высокий, клинически значимый уровень тревоги. Не подтвердилось предположение о том, что у лиц со средним уровнем межличностной зависимости наблюдается легкая депрессия ситуативного генеза и повышенный уровень тревоги. У данной группы лиц симптомы депрессии отсутствуют, повышенный уровень тревоги наблюдается, но не преобладает над нормальным уровнем. Также не подтвердилось предположение о том, что у лиц с высоким уровнем межличностной зависимости наблюдается субдепрессивное состояние.

На основании полученных в исследовании данных можно сформулировать следующие практические рекомендации. Работу по снижению уровня межличностной зависимости следует ориентировать на укрепление самооценки, уверенности в себе, развитие ценности собственного мнения, предоставление возможностей для проявления личностных свойств и способностей, развитие навыков самоанализа и др. С целью снижения риска депрессивных расстройств можно порекомендовать работу, направленную на повышение уровня эмоциональной устойчивости посредством развития таких умений и навыков, как поиск способов управления своими эмоциями, освоение эффективных способов снятия внутреннего напряжения, приемов саморегуляции, осознание и принятие своих чувств.

В качестве перспектив исследования предполагается изучение связи высокого уровня межличностной зависимости с депрессивными расстройствами.

Список литературы:

1. Гаранян Н. Г. *Депрессия и личность: Обзор зарубежных исследований. Часть I.* / Н. Г. Гаранян // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2009. –



Т. 19, № 1. – С. 79–89.

2. *Гаранян Н. Г. Депрессия и личность : Обзор зарубежных исследований. Часть II. / Н. Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 3. – С. 80–90.*

3. *Макушина О. П. Психология зависимости : учеб. пособие / О. П. Макушина. – Воронеж : ВГУ, 2007. – 79 с.*

4. *Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра / А. Б. Холмогорова. – Москва : Медпрактика-М, 2011. – 480 с.*



ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Семина Виктория Александровна

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Россия

Ключевые слова: временная перспектива, рак молочной железы.

В последние десятилетия не перестает быть актуальным изучение психологических особенностей онкологических больных. Каждый год в мире умирает порядка 8 млн. человек злокачественными новообразованиями.

Множество психологических исследований направлено на изучения рака. В них онкологическое заболевание рассматривается как кризисная ситуация для личности. Это связано с тем, что рак неожиданно появляется, его невозможно самому контролировать, рак проходит несколько стадий и с каждой самочувствие больного ухудшается. Онкологические больные ощущают тяжесть и безнадежность своего положения, они ищут ответы в прошлом и не получают их («Что я сделал не так?», «Почему именно со мной?»), вещи, раньше значимые для них, теряют свою ценность, они проводят переоценку прожитых лет [7, с.126].

Ситуация болезни для всех людей является стрессом. Когда человек узнает, что болен таким тяжелым соматическим заболеванием как рак молочной железы и впереди его ждут несколько месяцев лечения, операция, и гарантировать успех ему никто не может – это приводит к личностному кризису. Многие женщины впадают в депрессию, они не видят своего будущего, не хотят строить планы, так как считают их бессмысленными [4, с.5-7].

На восприятие временной перспективы больных влияют объективные и субъективные факторы среды. Рак молочной железы у женщин – фактор экс-



тремального порядка. Он встает на пути субъекта, препятствуя достижению целей, представляет собой угрозу. Наличие онкологического заболевания объективно ухудшает жизнь человека, он плохо себя чувствует, вынужден сменить образ жизни, проходить лечение, меньше времени уделять близким. Субъективное же восприятие своего состояния будет сильно различаться: от позитивного конструктивного настроения («да, это серьезно, но я со всем справлюсь») до объявления себя инвалидом либо умирающим человеком. В зависимости от восприятия заболевания, как несущего угрозу будущему или как безопасного, будет меняться продолжительность временной перспективы[1, с.14-16].

Если личность субъективно воспринимает свою жизнь успешной, относится к ней с положительными эмоциями, то временная перспектива принимает сбалансированный характер. Это выражается гибкости планов, приспособленности, адекватности восприятия прошлого, настоящего и будущего. Личность способна соразмерно реагировать на возникающие проблемы и препятствия, к которым можно отнести онкологическое заболевание[8, с.110].

Влияния на личность женщины факта наличия болезни с одной стороны может вызвать искажение временной перспективы, сосредоточение внимания на каком-то одном отрезке времени, предвзятое отношение к событиям из него. С другой стороны, возможна активизация ресурсов личности, поступки женщины становятся решительными, она смело принимает серьезные решения и уверенно идет к поставленным целям[2, с.100].

В такой ситуации задача прошлого – определить рамки и направление саморазвития, веру в успех задуманных планов; настоящего – подвести логический итог сделанного и прибавить смысла, ясности целям будущего; будущего – быть удовлетворенным своим сегодняшним днем и не забывать полученный опыт[3, с.372].

Еще одним фактором, влияющим на изменение временной перспективы женщин, больных раком молочной железы является субъективная длительность



травмирующего события (в данном случае длительность осознание своего заболевания, а не продолжительность лечения).

Актуальность темы. С каждым годом все большее число людей узнают, что больны злокачественными новообразованиями. По статистике ежегодно в нашей стране фиксируется порядка 500 тыс. первичных случаев злокачественных новообразований [6, с.124]. Это новость меняет привычный образ жизни человека, отношение окружающих, заставляет его посмотреть по-новому на своё настоящее. Поэтому диагноз «онкология» принято рассматривать не только с медицинской точки зрения, но и социально-психологической.

На рак молочной железы приходится 23% из всей онкологии [5, с.287]. Такое тяжелое соматическое заболевание на психологическом уровне воспринимается как сильнейший стресс. Женщина не может жить как раньше, это приводит к нарушению её социальных связей, ограничению деятельности, стигматизации, гендерным нарушениям. Продолжительные полосы нетрудоспособности ухудшают экономическое положение, плохое самочувствие и страх остаться инвалидом или даже умереть – все это искажает её жизненно-смысловую перспективу [7, с.155].

Тяжелей всего ситуация на первых этапах заболевания, когда женщина больная раком молочной железы еще не успела адаптироваться и выработать стратегию поведения. Её переполняет множество чувств, начиная от страха заканчивая злостью. Женщине приходится переосмыслить каждую составляющую её жизни, она вынуждена изменить планы на будущее.

Анализ литературы по теме показал недостаточную изученность особенности временной перспективы больных раком молочной железы на разных этапах лечения. Исследование данной проблемы поможет выявить специфику восприятия времени пациентками и разработать программу коррекции.

Практическая значимость: результаты данного исследования можно использовать в практической деятельности психологов в онкодиспансерах для



помощи в переосмысление жизненной ситуации женщин больных раком молочной железы и расширения перспектив их будущего.

Цель: провести сравнительный анализ особенностей временной перспективы женщин, больных раком молочной железы, на разных этапах лечения (готовящихся к оперативному лечению и проходящих химиотерапию).

Объект исследования: временная перспектива.

Предмет: особенности временной перспективы женщин, больных раком молочной железы.

Гипотезы исследования:

1) Женщины, больные раком молочной железы, проходящие химиотерапию более нацелены на свое настоящее и более обеспокоены своим будущим, чем прошлым.

2) Женщины, больные раком молочной железы, готовящиеся к операции по удалению опухоли более нацелены на свое настоящее, и более обеспокоены своим прошлым, чем будущим.

Список литературы:

1. Асеев А. В. Психологические изменения у женщин, больных раком молочной железы / А. В. Асеев, В. Я. Васютков, Э. М. Мурашева // Маммология. – 1994. – № 3. – С. 14-16.

2. Дорохов М. Б. Эмпирическое исследование изменения «временных перспектив» в психотравматической ситуации // Научно-исследовательские публикации. – 2014. – № 1(5). – С.86-102.3.

3. Липецкий Н. Н. Психологические особенности отношения к жизни онкологических больных (на примере женщин больных раком молочной железы III ст.) // Молодой ученый. – 2013. – № 7. – С. 372-374

4. Муздыбаев К. Переживание времени в период кризисов // Психологический журнал. – 2000. – № 4. – С. 5-21.



5. *Рак молочной железы : [монография] / [Кушлинский Н. Е. и др.] ; Рос.акад. мед. наук. – М. : Изд-во РАМН, 2005. – 479 с.*
6. *Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / под ред. А .Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой ; «НМИРЦ» Минздрава России. – М. : МНИОИ им. П.А. Герцена, 2017.– 236 с.*
7. *Чулкова В. А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: автореф. дис. ... канд. психол. наук / В. А. Чулкова. – Санкт-Петербург, 1999. – 190 с.*
8. *Ширяева О. С. Временная перспектива личности при разных типах оценки среды жизнедеятельности / О. С. Ширяева, Е. А. Навроцкая // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. – 2011. – № 2. – С.108-118.*



НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Сиволобова Оксана Владимировна

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград, Россия

Ключевые слова: интеллектуальная недостаточность, коммуникативная компетентность, коммуникативный контроль, некомуникабельность.

На сегодняшний день значительно возрос интерес к проблеме помощи детям с интеллектуальной недостаточностью. Актуальность изучения особенностей коммуникативной компетентности у детей с интеллектуальной недостаточностью определяется, с одной стороны, значимостью общения в жизни каждого человека, с другой – данными научных исследований, которые показывают, что наличие интеллектуального дефекта отрицательно влияет на развитие межличностного общения [1]. Исследователи считают, что психологическая коррекция при наличии интеллектуальной недостаточности, в первую очередь, должна быть направлена на повышение у ребенка возможностей социальной адаптации, целенаправленное развитие навыков общения, умение управлять своим поведением в соответствии с существующими в обществе социальными нормами [2].

Для проверки гипотезы о том, что коммуникативная компетентность у детей с интеллектуальной недостаточностью имеет свои особенности, а именно низкий уровень общительности, слабо развитое умение прогнозировать дальнейший ход развития ситуации общения, низкий уровень коммуникативного контроля, были использованы экспериментально – психологические методы: методика «Неоконченные ситуации» (А.М. Щетинина, Л.В. Кирс); «Карта на-



блюдений за проявлениями коммуникативных способностей у дошкольников» (А.М. Щетинина, М.А. Никифорова); опросник «Характер проявлений эмпатических реакций и поведения у детей» (А.М. Щетинина); проективная методика «Неоконченные рассказы» (Т.П. Гаврилова); «Тест на развитость самоконтроля» (А.М. Щетинина). Обработка полученных результатов производилась с помощью программ «Microsoft Excel» и «Statistica».

Результаты исследования показали, что большинству детей с интеллектуальной недостаточностью характерен недостаточный уровень принятия и осознания нравственной нормы, а также способности к самооценке и самоконтролю в процессе общения (79%), то есть не все нормы общения, принятые в обществе, понятны детям с интеллектуальной недостаточностью и не во всех случаях они могут следовать им.

По результатам исследования эмпатии у большей части детей с интеллектуальной недостаточностью (66%) обнаруживается гуманистический тип эмпатии. Однако, оценка проявлений коммуникативных способностей в поведении детей выявила, что у большей части испытуемых с интеллектуальной недостаточностью (87%) отмечается некоммуникабельность, замкнутость, дети пытаются избегать контактов с другими людьми, так как они вызывают у них чувство дискомфорта.

Для повышения уровня коммуникативной компетентности у детей с интеллектуальной недостаточностью была разработана коррекционная программа, которая была направлена на формирование навыков социально-адекватного поведения у детей. Задачи данной программы:

- освоение детьми знаний правил этикета и формирование навыков практического применения этих правил;
- формирование навыков самоконтроля и саморегуляции в процессе группового взаимодействия;



– расширение круга невербальных форм общения, которые помогают устанавливать доброжелательные контакты со сверстниками и взрослыми.

– развитие навыков межличностного и бесконфликтного общения.

Программа включает: сюжетно-ролевые игры, психодраматические упражнения, элементы арттерапии, музыкотерапии и игротерапии. Психокоррекционная работа заключается в стимуляции и фиксации ощущения и осознания ребенком себя как субъекта культурно – информационного пространства, социума.

Сравнение результатов изучения особенностей коммуникативной компетентности группы у детей с интеллектуальной недостаточностью до и после реализации коррекционной программы представлены на рисунке 1.

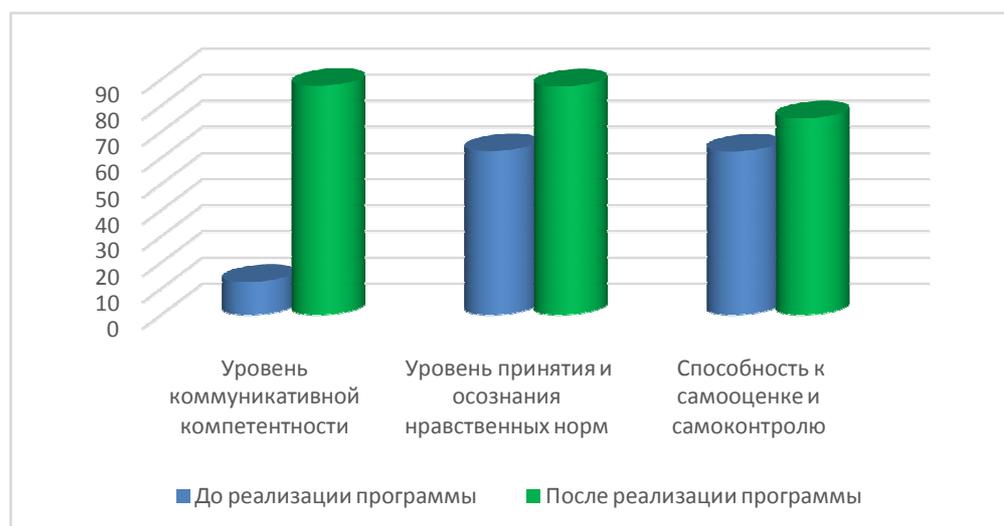


Рис. 1. Сравнение результатов изучения особенностей коммуникативной компетентности группы детей с интеллектуальной недостаточностью до и после реализации коррекционной программы

По результатам данной программы можно говорить об ее эффективности, так как у большинства детей повысился уровень коммуникативной компетентности – стали вполне уверенно чувствовать себя в незнакомой обстановке, контакты с окружающими людьми перестали вызывать у них чувство крайнего дискомфорта.



та. Также увеличилось количество детей, которым свойственен средний уровень принятия и осознания нравственной нормы, а также способности к самооценке и самоконтролю в процессе общения.

Полученные во время исследования результаты могут использоваться психотерапевтами, психологами, врачами-психиатрами для создания коррекционно-развивающих, адаптационных программ; результаты проведенного исследования могут быть полезны опекунам и родственникам пациентов для выбора наиболее приемлемого и продуктивного стиля общения с ними. Важную роль при работе с детьми играет реализация принципов комплексности и взаимодействия всех специалистов [3].

Список литературы:

- 1. Андреева К.А. Коммуникативные способности дошкольников с умственной отсталостью. – М.: Просвещение, 2014. – 718 с.*
- 2. Туровская Н.Г., Тимофеев А.В. Психические расстройства в детском возрасте. Возможности психологического сопровождения // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – №2 (42). – С. 112–116.*
- 3. Туровская Н.Г., Курушина О.В., Деларю В.В. Неврологическая и психологическая оценка развития ребенка первого года жизни // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – №4 (56). – С. 3–8.*
- 4. Сиволобова О.В. Особенности коммуникативной компетентности детей с умственной отсталостью [Электронный ресурс] / О.В. Сиволобова // Материалы 74-й открытой научно - практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием: "Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины" - Волгоград, 20 - 23 апреля 2016 г.*





КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНОГО С АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Соколова Ксения Романовна

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Ключевые слова: абстинентный синдром; нейропсихологическая диагностика, алкоголизм.

Актуальность

Проблема алкоголизма в России на сегодняшний день, наверное, одна из самых актуальных медико-социальных проблем.[2] Последнее десятилетие общество России особенно остро столкнулось с проблемой злоупотребления спиртными напитками своими согражданами. Привычное и веселое российское застолье с чрезмерным употреблением алкогольных напитков в нашей стране давно переросла в болезнь. [1]

В нейропсихологической науке достаточно много накоплено опыта для того чтобы в настоящий момент получить адекватную оценку нейропсихологических последствий хронического злоупотребления алкоголя.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) нередко развивается у больных уже госпитализированных, в связи с длительным употреблением до госпитализации[4]. Актуальностью изучения нейропсихологических изменений в данной области является оценка и в дальнейшем реабилитация психических функций для социализации больного. Отвечая на вопрос, что такое, ААС можно говорить о состоянии после длительного запоя, с потерей человеком трудоспособности, появлением слуховых и зрительных галлюцинаций, проявлением агрессии, психозов.



Ниже приведен клинический пример больного с абстинентным синдромом при алкогольной зависимости.

Клинический разбор

Пациент ВАС34F10.3, 34 года проходил лечение на базе «Областной наркологической больницы» г. Курска. Проводилось нейропсихологическое исследование с целью выявления нарушенных и сохранных высших психических функций, для возможности дальнейшей направленности коррекционной программы.

Ориентирован во времени, месте и личности. В контакт вступает охотно, отвечает заинтересовано, ответы подробные и адекватные. На момент обследования предъявляет жалобы на нарушение сна, замедление мыслительной активности и уменьшение объема памяти. Внешний вид опрятен. Мимика оживлена, адекватная. Жестикуляция сильно выражена. Проявления утомляемости не наблюдаются. Критика к состоянию своего здоровья сохранна.

При исследовании внимания методикой «Шульте» были получены следующие результаты (1,02; 1,01; 59; 58; 58), методикой «счёт от 100 по 7» испытуемый справился успешно. Время выполнения = 2 мин. 32 сек., незначительные ошибки в середине числового ряда, слегка замедленное общее выполнение пробы. Данные указывают на слабовыраженную инертность процесса внимания.

При исследовании памяти методикой «10 слов» были получены следующие результаты: 4 – 6 – 7 – 7 и отсроченное (45 мин) 4. При выполнении пробы испытуемый проявлял бурную эмоциональную реакцию в виде смеха, три слова из ряда были проигнорированы, испытуемый использовал средства опосредования в виде пересчёта пальцев и проговаривания вслух. Воспроизведение слов при введении гетерогенной интерференции значительно снижено (верное с третьего предъявления). Смысловая память сохранна. Данные указывают на выраженное снижение памяти по модально-неспецифическому типу.



Мышление. Выполнение методики «исключение 4-го лишнего»: «лишним является телега, так как на ней возить что-то нужно, лишнее – шалаш, так как остальное можно закрыть замком» и т.д. Выполнение методик на «сравнение понятий» и понимание пословиц и метафор аналогично.

Гнозис сохранен. Узнавание реальных объектов, контурных, перечёркнутых изображений, конфликтных фигур, фигур Поппельрейтера в норме. Буквенный, цифровой, цветовой, лицевой, пальцевой и пространственный гнозис сохранен. Слухомоторный гнозис без нарушений.

Праксис: мануальный тонус в норме на обеих руках. Перебор пальцев выполняется в замедленном темпе, наблюдаются персеверации. Позный и пространственный праксис в норме: наблюдается незначительная замедленность при переходе к выполнению следующего звена. Выполнение пробы Озерецкого плавное, но замедленное. Выполнение пробы «кулак-ребро-ладонь»: в начале выполнения забывание звеньев двигательного акта, выполняя пробу правой рукой при зрительном контроле наблюдается замедление выполнения, выставление неполных звеньев, опосредование речью улучшает выполнение; выполняя левой рукой – при проговаривании выставление неполных звеньев. Данные показывают на общую инертность психических процессов.

Письмо и чтение сохранны. Оральный праксис имеет слабовыраженные нарушения. Импрессивная и экспрессивная речь сохранна. Повторная речь в норме, автоматизированная речь сохранна. Понимание логико-грамматических структур в норме.

Заключение.

Таким образом было выявлено : общая инертность процессов внимания, выраженное снижение памяти по модально-неспецифическому типу, мышление носит конкретно-ситуативный (преимущественно ситуативный) характер. На-



блюдается слабовыраженное нарушение операциональной стороны мышления по типу снижения процесса обобщения. Темп мышления немного снижен. Исследование праксиса показал общую инертность психических процессов.

Список литературы:

1. Арбенина, И. Самые опасные напитки в мире / И. Арбенина // *Пока не поздно!* - 2013 - № 12 (21-30 апреля). - С. 3 : ил.
2. Вредоносный напиток // *НаркоНет*. - 2014 - № 6 (Июнь). - С. 9-10 : ил. - (Дорога к специалисту).
3. Зарецкий, В. В. Профилактика - основа образования : [беседа / записала Л. Тархова] / В. В. Зарецкий // *НаркоНет*. - 2014 - № 2 (февраль). - С. 32-34 : ил.
4. Павлова, В. Алкоголизм и наркомания с точки зрения психиатрии / В. Павлова // *Пока не поздно!* - 2013 - № 3 (21-31 января). - С. 4 : ил.



ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА

Соловьева Ксения Юрьевна, Шаламова Софья Витальевна,

Морозов Артем Михайлович

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Ключевые слова: врач-стоматолог, специалист, будущая профессия.

Актуальность: На основании детального разнонаправленного анализа портрета современного студента-стоматолога мы можем оценить отношение современного студента-медика, обучающегося по специальности «стоматология», к процессу обучения, выявить, что является наиболее сложным в процессе обучения, какие дисциплины в большей степени привлекают будущих врачей, выявить некоторые морально-нравственные ориентации, мотивацию к овладению будущей профессией, а так же главные факторы влияющие на становление личности современного врача.

Цель: Оценить личностные аспекты жизни современных студентов-медиков, ценностных ориентаций, особенности характера, выяснить, как данные положения влияют на становление личности врача.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 100 студентов стоматологического факультета 3 курса ТГМУ. Было проведено анонимное анкетирование, включающие вопросы об отношении современных студентов к процессу обучения, а так же к их будущей профессии. Были использованы классические статистические методы для определения количества студентов, выбравших разные варианты ответов из предложенных в анкете.

Результаты: В результате анкетирования 100 студентов были получены следующие результаты.



На вопрос о том, что больше нравится в будущей профессии большинство выбрало возможность помогать людям (32,65%) столько же (32,65%) считает профессию врача интересной и творческой, поровну разделились мнения о престиже профессии врача и высокой оплате труда(12,24%), небольшой процент студентов привлекает научные исследования в сфере медицины (8,16%), и всего 2,04 % выбрали вариант «мои родители/друзья/знакомые-врачи».

Большинство респондентов (55,1%) считают наиболее сложным в учебном процессе большой объем учебной нагрузки, для 18,37 % респондентов таковым оказывается недостаточное время для самоподготовки либо отсутствие условий для этого, 14,29 % считают основной сложностью учебного процесса задания в тестовой форме, а 12,24% респондентов, что не учитываются индивидуальные особенности. 89,8% респондентов считают наиболее интересными дисциплинами клинические, и лишь 10,2% выбирают фундаментальные.

На вопрос: «Что Вы считаете важным, не очень важным и не важным для достижения успеха и благополучия в жизни?» - хорошее образование важно-выбрали 83% респондентов, 0% считают данный критерий не очень важным и 17% считают, что образование не важный критерий в данном вопросе. Знакомства с людьми имеющими авторитет в данной области-важно-83%, не очень важно-8%, не важно-9%. Целеустремленность, высокие амбиции-важно-66% , не очень важно- 25%, не важно-9%. Способности – важно-58%, не очень важно-8%, не важно-34%. Трудолюбие-важно-50%, не очень важно-25%, не важно-25%. Внешность-важно-25%, не очень важно-32%, не важно-43%. Обходительность, приятные манеры-важно-21%, не очень важно-12%, не важно-67%. Моральные качества-важно-47%, не очень важно-24%, не важно-29%. Ответственность - важно- 57%, не очень важно-21%, не важно-22%. Сочувствие к людям-важно-59%, не очень важно-32%,не важно-9%. Подхалимство к вышестоящим людям – важно-4%, не очень важно-40%, не важно-56%. Участие в общественных организациях - важно- 40%, не очень важно- 47%, не важно-13%.



На вопрос «Сожалеете ли Вы о поступлении в медицинский университет?» отрицательный ответ дали 87,63 % респондентов, в то время как утвердительный лишь 4,08 %, затруднились с выбором ответа 14,29%.

28,57 % опрошенных состоят в общественных организациях, 71, 43% не являются членами общественных организаций.

Хорошими считают свои отношения со сверстниками 56,25 % опрошенных студентов, удовлетворительными их находят 41,67%, оценивают их как плохие 2,08% респондентов.

На вопрос «Как хорошо Вы справляете со стрессом?» были получены следующие ответы: хорошо-55,1%, не очень хорошо- 37,78%, плохо -6,12%, очень плохо-0%.

Выводы: В результате анкетирования 100 студентов было выявлено, что большинство студентов выбирают профессию врача, что бы помогать людям, и потому что они находят эту профессию интересной и творческой, меньшинство выбрало данную профессию под влиянием друзей/знакомых/родственников. Наиболее сложным в учебном процессе практически для всех студентов-медиков является большой объём учебной нагрузки и нехватка времени на самоподготовку или отсутствие условий для последней. Практически все опрошенные считают клинические дисциплины наиболее интересными для обучения. Для большинства респондентов хорошее образование, целеустремлённость, трудолюбие, ответственность, сочувствие людям, моральные качества являются важными для достижения успеха в жизни. Также студенты отметили важность наличия высоких амбиций и знакомств с людьми, имеющими авторитет в данной области. Подавляющее большинство студентов не жалеют выбранной профессии врача, лишь 4 человека из всех опрошенных не довольны своим выбором. Более четверти опрошенных студентов состоят в общественных организациях, причем чуть менее половины опрошенных считают данный критерий важным для достижения успеха и благополучия в жизни. Отношения



со сверстниками поддерживаются на хорошем уровне практически у всех опрошенных, что является очень важным критерием для оценки коммуникабельности и мобильности будущих врачей. Половина студентов не очень хорошо справляется со стрессом, что свидетельствует о высокой нагрузке в процессе обучения, и всё же процент студентов, кто плохо справляется со стрессом очень мал, а также отсутствуют те, кто очень плохо справляется со стрессом, что свидетельствует о высокой мобильности и устойчивости к разного рода неприятным ситуациям, будущих врачей. И более 1/3 студентов хорошо справляются со стрессовыми ситуациями, что является хорошим показателем.

Список литературы:

1. Ильин Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. СПб.: Питер, 2008. -432 с.
2. Гуревич К. М. Дифференциальная психология и психодиагностика. Избранные труды. СПб.: Питер, 2008.- 336 с.
3. Аникина О.М. О необходимости создания службы психологического консультирования для студентов вуза //Материалы научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования»- Чебоксары, 2009. – 160 с.
4. Толстолес Е. С., Банникова А. Н. Психология: учеб.-метод. пос. для студ. Томск: В-Спектр, 2012.- 116 с.
5. Дианкина М.С., Кальченко А.Г. Социально-психологический портрет современного студента-медика. //Материалы научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования» - Чебоксары, 2009. – 160 с.



ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГА В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Сустретова Наталья Викторовна
ФГБОУ ВО ВГУ, г. Воронеж, Россия

Ключевые слова: химическая зависимость, психосоциальная реабилитация, социализация, ресоциализация, профессиональная позиция, компетенция.

Неутешительная динамика развития наркоситуации в России и в мире, появление новых видов наркотических и психотропных веществ, усиление негативных тенденций снижения численности трудоспособного населения вследствие расширения масштабов незаконного распространения наркотиков и ВИЧ-инфекции, растущая деятельность транснациональных преступных группировок и организаций по незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров ставит задачу борьбы с наркоманией на первый план. Наблюдающееся стремительное развитие рынка медицинских и психосоциальных реабилитационных услуг актуализирует необходимость осмысления имеющегося опыта реабилитационной практики и исследование качества оказания помощи лицам с химической зависимостью. [1. 2]

Современная терапия лиц с наркотической зависимостью включает не только коррекцию психических и поведенческих расстройств методами психофармакотерапии, но и реабилитационные мероприятия, направленные на личностное восстановление, социальную адаптацию и последующую социальную интеграцию химически зависимого.

Все это не может не отражаться на социальном заказе реабилитации химически зависимого в адрес психолога, работающего непосредственно с клиентами данных учреждений. Современная реабилитационная практика подразу-



мекает разноуровневую и разнонаправленную работу психолога-практика: от помощи в преодолении патологического влечения к ПАВ и нормализации психоэмоционального состояния до содействия в овладении навыками социальной (ре) адаптации².

Традиционно индивидуальные формы работы с клиентом (психотерапия, психологическая коррекция, психологическое консультирование) являются одной из популярных и эффективных форм взаимодействия в системе реабилитации лиц с химической зависимостью. В рамках основных психологических школ патологическая зависимость прямо или косвенно соотносится с целым рядом хорошо изученных явлений, что создает обширную базу методов и технологий работы в режиме индивидуальной работы.

В то же время индивидуальные формы работы отражают базовую специфику работы психолога, а именно: эффективность оказания профессиональной помощи во многом определяется личностными качествами психолога. Вслед за Кудрявцевым В.Т., можно утверждать, что, решая профессиональные задачи, психолог работает собственной личностью, поэтому успешная профессиональная деятельность возможна лишь при гармоничном взаимодействии личной и профессиональной позиции [4]. Современная система подготовки профессиональных психологов уделяет значительное внимание формированию как когнитивной сферы профессиональной позиции психолога-практика, так и развитию базовых компетенций как необходимое условие эффективной профессиональной социализации студентов-психологов [3].

² В связи с изменением структуры потребляемых наркотиков и стремительным ростом подростковой наркомании [6] лиц доля «выпускников» реабилитационных центров, нуждающихся в силу возраста не столько в ресоциализации, сколько в содействии социализации. В силу значительного влияния контрагентов социализации на их социальную адаптацию [7], данные лица нуждаются не только в помощи в психологической и социальной адаптации, но и в овладении специальными навыками минимизации воздействия контрагентов социализации.



Эффективная реализация навыков психолога предполагает единство когнитивной, ценностно-смысловой и поведенческой составляющей профессиональной позиции. Предполагается, что ценностно-смысловой компонент профессиональной позиции психолога включает некие смысловые ориентиры, установки, принципы, которые человек считает правильными и которые направляют его деятельность. Поведенческий компонент профессиональной позиции проявляет себя в типичных схемах профессионального поведения, способах реагирования, уровне ответственности и организованности [5]. Учитывая, что процесс преодоления химической зависимости в практике долгосрочной психосоциальной реабилитации в значительной мере представляет собой освоение нового опыта и поведенческих паттернов посредством, прежде всего, интериоризации внешнего опыта ситуации психосоциальной реабилитации, степень влияния ценностно-смыслового и поведенческого компонента профессиональной деятельности практического психолога реабилитации сложно переоценить.

В целом, степень влияния аксиологических основ мировоззрения психолога на эффективность консультативной деятельности остается предметом обсуждения. Однако, учитывая социальный заказ в сфере вспомоществования лицам с патологической зависимостью, в том числе и химическими, некоторые установки, система ценностей и мотивов, поведенческие паттерны самого психолога становятся необходимым компонентом его эффективной профессиональной реализации.

Список литературы:

1. *Зенцова Н. И. Системная модель психологического этапа реабилитации больных наркоманией : дис. на соиск. уч. степени доктора психологич. наук [Электронный ресурс] / М., 2015. Режим доступа: <http://www.twirpx.com/file/1792809/> (дата обращения: 02.09.2017)*



2. Иванец Н. Н., Пелинас В. Е., Дудко Т. Н., Цетлин М. Г. Организационно-методические аспекты реабилитации наркологических больных [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://archiv.council.gov.ru/files/journalsf/item/20060920094157.pdf> (дата обращения: 25.09.2017)

3. Ирба О. С. Компетентностный подход как условие профессиональной социализации личности студентов-психологов [Электронный ресурс] // Российская государственная библиотека: сайт Режим доступа: <http://search.rsl.ru/ru/record/01004478356> (дата обращения: 12.09.2017)

4. Кудрявцев В.Т. Профессиональная и личностная позиция психолога: сапожник в сапогах [Электронный ресурс] / В.Т. Кудрявцев. Режим доступа: <http://tovievich.ru/book/8/217/1.htm> (дата обращения: 25.09.2017)

5. Маралова Т.П. Когнитивная сфера профессиональной позиции психолога и условия ее формирования [Электронный ресурс] // Вестник Череповецкого государственного университета. – Череповец: Издат-во Череповецкого университета. 2008. №1. С. 105 - 111. Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=15230857> (дата обращения: 25.09.2017)

6. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: статистический сборник / М., НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2016. – 177 с.

7. Попов Михаил Юрьевич Контрагенты социализации и их влияние на социальные процессы [Электронный ресурс] // ИСОМ. 2016. № 3-2. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/kontragenty-sotsializatsii-i-ih-vliyanie-na-sotsialnye-protsessy> (дата обращения: 29.10.2017).



ВОСПРИЯТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКАМИ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тинякова Екатерина Владимировна

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава РФ, г. Курск, Россия

Ключевые слова: адаптация, сплоченность, психосоматика, психосоматическое расстройство, подростки.

Проблемы, с которыми психосоматика сталкивается на современном этапе, обусловлены несколькими причинами: абсолютизацией роли психологических факторов в развитии заболеваний, невозможностью совмещения психологического и медицинского подходов в исследовании, недостаточным вниманием, которое уделяется данному феномену в психологии [1,2].

Нами было проведено исследование, направленное на анализ восприятия подростками адаптационных способностей собственной семьи.

Актуальность данного исследования обусловлена увеличением числа обращений подростков к педиатрам по причине психосоматических расстройств. По различным данным, психосоматические заболевания составляют в России 30-68% от числа всех обращений подростков в детские поликлиники [2]. Темп их распространения в целом связан с изменением системы общественных отношений, ведущей к невротизации ее участников. Специфика подросткового возраста заключается в возникновении потребности во взрослении, отделении от семьи и выходе в полноценные общественные отношения. Одним из наиболее определяющих факторов становления личности подростка мы считаем систему значимых семейных взаимоотношений, а также процессы адаптации внутри нее. Э.Г.Эйдемиллер относит принадлежность к дисфункциональной семье к



факторам, влияющим на вероятность возникновения симптома [4,5]. По его мнению, ребенок является носителем симптома неблагополучной семьи, а болезненные проявления у него могут быть единственным выражением семейной дезорганизации [5].

Мы предполагаем, что дезадаптивное реагирование через психосоматический симптом связано с нарушением адаптации семейной системы, к которой принадлежит подросток. Таким образом, проблема нашего исследования может быть сформулирована как вопрос о том, каковы особенности адаптации и сплоченности семей подростков с психосоматическими расстройствами.

Цель исследования – изучить взаимосвязь особенностей адаптации и сплоченности семей и психосоматических расстройств у подростков.

Гипотеза: У подростка, находящегося в ситуации психосоматического расстройства, будут наблюдаться специфические особенности особенности удовлетворенностью адаптацией и сплоченностью семьи.

Объем выборки составил 30 подростков из полных семей в возрасте от 12 до 16 лет. В исследовании использовался опросник семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) Д.Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави (адаптация Э.Г. Эйдемиллера).

Показатель «Семейные границы» определяет степень изолированности, замкнутости семейной структуры, концентрацию членов семьи друг на друге. Чем выше показатель, тем больше времени подросток проводит, общаясь в узком семейном кругу. Как видно по средним показателям, соматически здоровые подростки имеют больше социальных контактов вне семьи. Их семьи более открыты к внешним влияниям, тогда как у подростков с психосоматическими расстройствами наблюдается заметная консервативность семейных границ.

Критерий «Принятие решений» отражает преобладание мнения родственников над чьим-либо еще при принятии решений. Подростки группы сравнения чаще советуются с друзьями или значимыми взрослыми за пределами



семейного круга, если не принимают решения самостоятельно. У подростков с психосоматическими расстройствами доминирующим фактором принятия какого-либо решения по результатам исследования является мнение членов семьи.

Критерий «Контроль» выявляет степень контроля родителей за детьми, принятие решений за сына или дочь. Этот показатель выше у подростков группы сравнения, что свидетельствует о потворствовании родителей подросткам основной группы. Мы предполагаем, что это можно объяснить тем, что, так как подросток болен, ему можно много позволить, таким образом, родители стремятся к максимальному удовлетворению любых потребностей больного подростка. Также родители могут бессознательно проецировать на детей свои ранее неудовлетворенные потребности.

Роль семейных границ в идеале семьи для соматически здоровых подростков и подростков с психосоматическими расстройствами несколько выше, чем это же качество присутствует в реальных семьях, однако пропорции остаются неизменными. В обеих группах прослеживается желание «закрыть» свою семью от постороннего влияния, что может быть связано со страхом перед отделением, самостоятельностью.

У подростков основной группы наблюдается повышение показателя «Интересы и отдых», тогда как в группе сравнения этот показатель заметно снизился. Такая разнонаправленность изменений говорит о фиксации подростков основной группы на внутрисемейном досуге, тогда как соматически здоровые подростки стремятся вынести своё свободное время в другую среду.

Шкала «Лидерство» демонстрирует нестабильность лидера в семейных отношениях, способность его ситуативной смены. В образах реальной семьи значимых различий по данной шкале не обнаружилось, однако идеальная семья, по результатам подростков основной группы, имеет меньший показатель лидерства. Можно говорить о желании подростков с психосоматическими рас-



стройствами достичь некоторой определенности, избавиться от непостоянства «главных» в семье.

Более высокие показатели по шкале «Контроль» в идеальной семье по сравнению с реальной свидетельствует о желании подростков в обеих выборках вернуться в состояние детства, когда на большая часть их нынешних забот лежала на плечах родителей. Повышение контроля за подростками может выступать как механизм защиты от бурных изменений, которые происходят в данный возрастной период.

Полученные в результате сравнения двух показателей сплоченности результаты свидетельствуют о разнонаправленности желаемого у подростков основной и сравнительной групп. В то время, как соматически здоровые подростки стремятся к снижению уровня сплоченности, к ослаблению связей между членами семьи, в основной группе показатель сплоченности в идеале даже немного увеличивается. Эти результаты подтверждают наше предположение о том, что у подростков с психосоматическими расстройствами не только заблокирован выход во внешние отношения, отсутствует осознанное желание отделиться от родителей.

Различия между группами по уровню удовлетворенности адаптацией связаны, во-первых, с тем, что подростки с психосоматическими расстройствами находятся в дисфункциональной семейной среде, ограничивающей их естественное развитие. Такая блокировка потребностей не может не привести к снижению уровня адаптации как семьи в целом, так и самого подростка.

Выявлено, что соматически здоровые подростки имеют больше социальных контактов вне семьи. Их семьи более открыты к внешним влияниям, тогда как у подростков с психосоматическими расстройствами наблюдается заметная консервативность семейных границ. У подростков с психосоматическими расстройствами доминирующим фактором принятия какого-либо решения является мнение членов семьи, тогда как подростки группы сравнения чаще со-



ветуются с друзьями или значимыми взрослыми за пределами семейного круга, если не принимают решения самостоятельно. Родительский контроль выше у подростков группы сравнения – родители стремятся к удовлетворению любых потребностей больного подростка. Здесь также обнаружена оценка лидера семьи как непостоянного и стремление к стабилизации его позиции. У подростков обеих выборок наблюдается желание вернуться в состояние детства, когда большинство их забот лежало на плечах родителей. В обеих группах также прослеживается желание «закрыть» семейные границы от постороннего влияния, что может быть связано со страхом перед отделением, самостоятельностью.

Список литературы:

1. Бернс Р.С., Кауфман С.Х. *Кинетический рисунок семьи: Введение в понимание детей через кинетические рисунки.* /пер. с англ. М.: Смысл, 2003;
2. Исаев Д.Н. *Психология больного ребёнка. Лекции.* – СПб.: Специальная литература, 1993;
3. Исаев Д.Н. *Психосоматическая медицина детского возраста.* СПб., 1996;
4. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. *Семейный диагноз и семейная психотерапия.* – СПб.: Речь, 2007;
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. *Психология и психотерапия семьи* – СПб.: Питер, 2008.



ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Толкачева Л.В., Селина И.А.

ФГБОУ ВО КГМУ, г. Курск, Россия

Ключевые слова: паническое расстройство, особенности личности, тревожность, жизнестойкость.

Патологическое состояние, характеризующееся повторными паническими атаками, носит название панического расстройства и занимает в МКБ-10 соответствующую рубрику (F41.0) [4].

Паническое расстройство – распространенное, склонное к хронизации заболевание, манифестирующее в молодом, социально активном возрасте. По данным российских и зарубежных ученых оно встречается у 1,5-3%, а его подпороговые формы регистрируются у 9-10% взрослого населения [1].

Возрастающий интерес клинической психологии к данной группе психопатологических состояний связан с тем, что данное расстройство проявляется комплексом телесно-вегетативных и психологических симптомов, отягощенных тяжелыми непредсказуемыми приступами – паническими атаками. Данная клиническая картина позволяет отнести данные расстройства к группе психосоматических, в патогенезе и развитии которых высокую значимость обнаруживают личностные особенности носителей заболевания.

Изучение особенностей личности в рамках того или иного психического заболевания должно являться неотъемлемой частью общих представлений о заболевании. А также сопровождать и поддерживать терапевтический процесс как на диагностическом, так и на лечебно-профилактическом и реабилитационном этапах специализированной помощи. Особенности личности больных па-



ническими расстройствами трансформируются под влиянием острых переживаний в связи с непредсказуемостью приступов панических атак, невозможностью реализовать определенный способ поведения и возрастающей вероятностью возникновения внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях.

На данный момент больные невротическими расстройствами, по данным ВОЗ, составляют до 25% всей общесоматической сети, поглощая около 20% всех средств, расходуемых на здравоохранение [2,3]. Данная особенность, с одной стороны, связана с недостатком дифференциальной диагностики психосоматических расстройств, а с другой стороны, со стигматизацией обращения за клинико-психологической и психиатрической помощью.

Целью исследования являлось изучение особенностей личности у больных с паническим расстройством.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областная наркологическая больница», ОБУЗ "Курский клинический психоневрологический диспансер». В исследовании приняли участие 12 женщин, имеющих верифицируемый диагноз «паническое расстройство», которые составили экспериментальную группу, и 12 здоровых женщин, которые составили контрольную группу. Все испытуемые дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В исследовании применялись следующие методики: Шкала тревоги Шихана; Опросник рефлексивности А.В. Карпова; Тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева; Тест «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко, Ю.Ю. Ковтун и А.В. Селина; Методика «Индикатор копинг-стратегий».

Для статистического анализа нами был выбран непараметрический критерий для двух несвязанных (независимых) выборок U Манна-Уитни.

В результате исследования были получены результаты, свидетельствующие о значительных различиях между экспериментальной и контрольной группами испытуемых. Были обнаружены статистически значимые различия на вы-



соком уровне статистической значимости в структуре жизнестойкости. У больных значительно снижены результаты по шкалам вовлеченность (0,010025*) и контроль (0,008221*), а также показатели общей жизнестойкости (0,003362*). Это говорит о том, что вовлеченность не представляет для больных интереса, они не являются активными участниками различных жизненных событий. Также они считают, что не могут повлиять на течение своего заболевания и жизнь в целом, зацикливаются на своем заболевании и не способны извлекать опыт из трудностей. Также у больных паническими расстройствами выявлен высокий уровень в сравнении со здоровыми (0,005278*) Характерными являются острые переживания, приводящие к возникновению необоснованного страха за собственную жизнь. Также имеют место снижение параметров рефлексивности, базовых потребностей личности. Больные ощущают беспомощность вследствие невозможности влиять на процесс и результат своего лечения.

Ситуация панического расстройства рассматривается больными как неизменная характеристика, которая затрагивает все сферы жизни, вследствие чего снижается стремление к продумыванию, контролю и рефлексии собственной деятельности. Таким образом, паническое расстройство – заболевание, значительно влияющее особенности личности пациентов и их восприятие действительности. Полученные данные необходимо учитывать в ходе терапевтического процесса.

Список литературы:

1. Дюкова Г.М. *Вегетативные пароксизмы //Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика /Под ред. А.М. Вейна М.: Медицинское информационное агентство, 1998. – С. 121-170.*



2. *Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные невроты): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапии. Диссертация на соискание уч.степени доктора мед.наук., М., 2002.*
3. *Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М: Экспертное бюро, 1997. – 402 с.*
4. *Семке В.Я., Погосова И.А., Погосов А.В. Панические расстройства (клиника, факторы риска, лечение). –Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. –191с.*



РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Толоконникова И.С., Василенко Т.Д., Селин А.В.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Ключевые слова: реабилитация, паническое расстройство, атрибутивный стиль, рефлексивность, жизнестойкость.

Феномен панических расстройств широко изучается в различных направлениях современной психологии и смежных дисциплин (психиатрии, психофизиологии, психофизиологии). И не смотря на это многие аспекты, в том числе и реабилитация больных с паническими расстройствами, далеки от своего разрешения.

Большинство авторов сходятся в необходимости изучения личности больных, что объясняется присущими им специфическими чертами, негативным влиянием заболевания на качество жизни, социальную адаптацию и низкой эффективностью методов диагностики и лечения данного состояния [1]. Данные черты будут оказывать влияние на все сферы жизни больного. Таким образом, данный фактор является одним из важнейших, которые необходимо учитывать при проведении реабилитации данной категории людей.

Несмотря на проведенный рядом исследователей клинико-психопатологический анализ панических расстройств, позволивший выделить их варианты, в специальной литературе о панических расстройствах все же еще недостаточно четко описаны их нозологические особенности, которые могли бы быть использованы в прогностических, дифференциально-диагностических и реабилитационных целях.



В общем виде паническое расстройство определяется как широко распространенное, склонное к хронизации заболевание, манифестирующее в молодом, социально активном возрасте [4]. Паническое расстройство наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, при этом частота встречаемости патологии у женщин превышает таковую у мужчин в 3-4 раза. Распространенность среди населения по различным источникам варьируется от 3 до 5% [3].

Цель исследования: изучение клинико-психологических особенностей личности больных с паническими расстройствами для разработки рекомендаций по реабилитации больных.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базах: ОБУЗ «Областная наркологическая больница» в психосоматическом отделении, ОБУЗ "Курский клинический психоневрологический диспансер», Психологический центр КГМУ в 2016 году.

В исследовании принимали участие 11 человек в возрасте от 30 до 50 лет мужского и женского пола, из которых у 4 отмечалось наличие панического расстройства, у 7 не имелось психических заболеваний в анамнезе.

Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных программ Statistica 8.0.

В качестве методов исследования были применены следующие: Шкала тревоги Д.В. Шихана; Тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова; Тест жизнестойкости (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова); «Базовые потребности» Э. Деси и Р. Райана; Тест атрибутивных стилей (оптимизм/пессимизм) Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина, В.Ю. Шевяковой.

Результаты и их обсуждение

Нами было проведено изучение эмоционального состояния, параметров рефлексивности, жизнестойкости, базовых потребностей и атрибутивного стиля у больных паническими расстройствами и здоровых людей, не имеющих психических заболеваний.



Нами установлено, что в группе больных паническими расстройствами уровень тревоги значительно выше, чем в группе здоровых.

В ситуации панического расстройства тревога возникает, когда ещё нет реальной опасности для человека, но он ждёт её, причём пока не представляет, как с ней справиться. Она представляет собой расплывчатый, длительный и смутный страх по поводу будущих событий. Люди испытывают страх, что может произойти что-то плохое с ними или их родственниками; они боятся сойти с ума или умереть. Эти опасения и избегания приводят к нарушению у больных паническими расстройствами адаптивных способностей.

Для группы больных паническими расстройствами характерно снижение параметра «Рефлексивность».

Рефлексивность характеризует людей, предпочитающих, прежде чем действовать, внутренне просматривать все гипотезы, варианты течения ситуации, отбрасывая те из них, которые кажутся им маловероятными.

В ситуации панического расстройства, вне зависимости от рассмотренных и принятых вариантов, больные не могут быть уверены в их правильности. Опасения возникновения приступа не дают возможности полностью продумать варианты совершения действий.

Для больных характерно снижение параметров жизнестойкости, что соответствует большой вероятности возникновения внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях. Больные меньше испытывают удовольствия от выполняемой деятельности. Им присуще ощущение себя «вне» жизни. Внезапность возникновения приступов значительно снижает убежденность больных в возможности влиять на результат происходящего вокруг, выбирать собственную деятельность. Это обуславливает присутствие ощущения собственной беспомощности.



Для людей, страдающих паническими расстройствами, характерным является снижение следующих параметров базовых потребностей: «Автономия», «Компетентность», «Связанность».

Больные не могут реализовывать определенный способ поведения и существования в мире вне зависимости от влияния внешнего окружения. Они труднее принимают новые взгляды, более закрыты по отношению к новому опыту. Их активное действие в различных ситуациях снижено. Больным присуще ощущение неуверенности, которая обусловлена отсутствием чувства собственной успешности и полезности.

Для больных паническими расстройствами наиболее типичным является пессимистический атрибутивный стиль, который характеризуется объяснением неблагоприятных событий личными, постоянными и глобальными характеристиками, а хороших событий – временными, относящимися к конкретной области и вызванными внешними причинами.

Больные в ситуации панического расстройства склонны считать, что в неудачах виноваты они сами, что те будут продолжаться долго и затронут самые разные стороны его жизни. Отмечается склонность к негативному видению жизни, излишняя драматизация возможных последствий. В реализации каждой представляющейся возможности больные склонны видеть трудности и легко сдаваться.

Выводы

1) Паническое расстройство является распространенным заболеванием. Оно оказывает влияние на поведение больных, их личность в целом, социальную адаптацию, а также на межличностные отношения. На настоящий момент феномен панического расстройства изучен недостаточно, что затрудняет проведение комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Важным аспектом является эмоциональное состояние больных, которое характеризуется повышенным уровнем тревоги.



2) В результате исследования нами был выделен характерный для больных пессимистический атрибутивный стиль. Для больных в ситуации панического расстройства свойственны сниженные ожидания, пассивность перед трудными ситуациями, негативное видение жизни, недооценка роли собственных усилий. В ситуации неудачи больные склонны считать виноватыми самих себя.

3) В ситуации панического расстройства больным свойственно снижение параметров рефлексивности и жизнестойкости. Решения ими принимаются необдуманно и неосторожно. Они меньше испытывают удовольствия от выполняемой деятельности. Также больным присуще ощущение себя «вне» жизни, определенной беспомощности и утрата способности планирования и контроля собственной деятельности.

4) Выявленные особенности личности больных паническими расстройствами могут облегчить проведение дифференциальной диагностики психических заболеваний, при которых они встречаются, осуществление прогностической оценки их дальнейшей динамики, составлении для них реабилитационных и коррекционных программ. Использование выделенных "факторов риска" позволит прогнозировать возникновение панических расстройств. Следует обратить внимание на повышенный уровень тревоги у данной категории людей. Полученные результаты позволяют делать выводы об адаптационном потенциале больных и об их ресурсном состоянии. Снижение уровня тревоги, коррекция атрибутивного стиля, повышение показателей рефлексивности и жизнестойкости, трансформация параметров базовых потребностей являются мишенями психологического воздействия при проведении реабилитационных мероприятий с данной группой больных. Работа с выделенными мишенями также позволит повысить эффективность лечения больных паническими расстройствами и улучшить их социальную адаптацию.



Список литературы

1. Арутюнова, Е.Э. *Клинические особенности панических атак и их терапевтическая коррекция [Текст]: Автореф. дис. на соиск. степ. канд. мед. наук / Е.Э. Арутюнова. — Москва, 2006. — 10 с.*
2. Вейн, А.М. *Панические атаки / А.М. Вейн, Г.М. Дюкова, О.В. Воробьева, А.Б. Данилов. — М.: Эйдос Медиа, 2004. - 408с.*
3. Полторац, С.В. *Дифференциальная диагностика и комплексная терапия панических расстройств [Текст]/ С.В. Полторац, М.В. Фурсова // Вестник психотерапии. — 2005. — № 13. — С. 35-44.*
4. Юров, И. Е. *Панические расстройства у лиц молодого возраста. (Клинико-психол., гемодинам. и патобиохим. аспекты) [Текст]: Автореф. дис. на соиск. степ. канд. мед. наук / И.Е. Юров. — Москва, 2000. — 13 с.*



ПРОБЛЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ

Трофимова Анна Олеговна, Симоненко Ирина Алексеевна

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Ключевые слова: ЧБД (часто болеющие дети), ОРЗ (острые респираторные заболевания), семейные отношения, детские болезни, психосоматика.

Сегодня большинство детей дошкольного возраста нуждаются в активном и целенаправленном наблюдении и оздоровлении. От эффективности этих мероприятий во многом зависит дальнейшая судьба ребенка, его здоровье, физическое и психическое развитие, возможность получения полноценного образования. Состояние здоровья детей из сугубо медицинской стало и педагогической, а также психологической проблемой. При низких показателях здоровья и плохой посещаемости не могут быть реализованы учебно–воспитательные программы в ДОУ и школе. Таким образом, вопрос совершенствования оздоровительной, в частности, психологической работы в образовательных учреждениях в настоящее время приобретает особую актуальность [1].

Термин «часто болеющие дети» появился в отечественной медицинской литературе в первой половине 80-х годов прошлого века [2]. Следует отметить, что зарубежные школы педиатрии не используют его, нет этого термина и в МКБ – 10 пересмотра, так как это не диагноз в медицинском понимании этого слова. Часто болеющие дети (ЧБД) — это термин, обозначающий группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями.



В зарубежной литературе используется термин «пациенты с рекуррентными (т. е. повторными) ОРЗ». При этом, например, в Великобритании к группе детей с рекуррентными респираторными инфекциями относят пациентов, у которых ОРЗ повторяются в течение года более 8 раз. Максимальная заболеваемость ОРВИ среди детей отмечается в возрасте от 6 мес до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год. Среди школьников заболеваемость снижается до 2—5 случаев в год, а среди взрослых не превышает 2—4 заболеваний на протяжении года [3].

Существует несколько причин столь высокой подверженности респираторным инфекциям у детей младшей возрастной группы: это высокая степень социализации в этот период (контакты расширяются в несколько десятков раз), анатомо-физиологические особенности дыхательной системы (строение альвеол и бронхов, система сурфактанта, скорость мукоцилиарного клиренса), дефиниция которой завершается к 6—7 годам, а также возрастные особенности иммунной системы [4, 6].

Сегодня постоянные детские болезни и недомогания, к сожалению, встречаются чаще, чем того бы хотелось родителям. Но многие болезни далеко не всегда связаны с физиологическими проблемами или ослабленным иммунитетом. Очень часто «постоянно больные дети» находятся в таком состоянии, что быть дома, играть и ходить на небольшие прогулки их состояние здоровья позволяет. Но вот посещать детский сад или секции врачи разрешения не дают. Часто это выглядит, как кашель и насморк, который легко проходит за несколько дней. Но стоит ребенку пару дней посетить детское дошкольное учреждение, как он выдает высокую температуру. И маме снова нужно лечить малыша. Возможно, ребенок просто не хочет ходить в сад. И на интуитивном уровне уже давно понял, что если он «слегка приболеет», то можно будет остаться дома.

На детей в также очень влияют конфликты в семье. Они могут вызывать у детей как стресс, так и подсознательное желание болеть, чтобы родители объе-



динились вокруг него и хоть на время позабыли о своих ссорах. Даже если родители не позволяют себе ругаться при ребёнке, он все равно будет чувствовать напряженную атмосферу в доме. Кроме обычных ОРЗ, ребенок в семье, где кричат, ссорятся и бурно выясняют отношения, может получить настоящий невроз.

Психологи замечают, что детки, которым постоянно читают морали, журят и вообще используют для их воспитания длинные лекции о том, как себя вести – очень часто болеют отитом. Маленькому человеку попросту невыносимо слушать все эти нотации. И у него начинают болеть уши в буквальном смысле слова. Такая же связь может быть и с болезнями горла. Ребенку, которому не дают высказываться и свободно проявлять свои эмоции, приходится их сдерживать. А всё невысказанное выходит на свободу болезнью.

Если использовать в воспитании строгий подход, в котором главное – это авторитет родителей, а у детей есть свои обязанности и беспрекословное послушание, то единственный метод расслабиться и почувствовать себя беспомощным малышом, о котором заботятся – это болезнь. Ведь к больному требований всегда меньше. Он может себе позволить капризничать, не есть противную еду и даже не убирать свои игрушки. Поэтому у родителей, которые слишком активно и строго воспитывают детей, ребёнок может болеть чаще.

Таким образом физический недуг является прямым следствием психических конфликтов, травм, подавленных переживаний – появляется отдельная ветвь психологической науки: психосоматика, которая занимается изучением влияния психических состояний на организм [5].

Вывод: Болезнь ребенка - это сигнал о том, что с ним происходит и это уже последствие проблемы. Любое заболевание - это совокупность множества факторов, в том числе и психологических, и не всегда мы можем проанализировать каких именно и в каких пропорциях. Иногда в наших силах изменить ситуацию или повлиять на нее, а иногда нет. Что касается детей, они способны



гармонично развиваться и расти в спокойной обстановке любви и заботы (не "идеально-вакуумной", а просто спокойной в большинстве своем), в противном случае ребёнок будет справляться со стрессом всеми известными для него способами. Самый опасный период для развития психосоматических расстройств у детей – это периоды попадания в детский сад (очень высокий риск) и поступление в школу (высокий риск). Безусловно, всегда стоит учитывать, что новая среда, большое количество других детей и взрослых могут действительно ухудшать здоровье. Но в тоже время стоит внимательно следить за отношениями детей в коллективе, в семье. В этом плане могут отлично помочь детские психологи в саду или школе.

Список литературы:

1. Агаджанова С. Н., В.И. Смирнова «Оздоровление детей в дошкольных образовательных учреждениях» том III № 1, 2012г.
2. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинические и социальные аспекты. Пути оздоровления. — Саратов, 1986г.
3. Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети. Современная фармакотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006: 190 с.
4. Самсыгина Г.А., Коваль Г.С., «Проблемы диагностики и лечения часто болеющих детей на современном этапе». 2009г.
5. Шестакова М. Ст. «Часто болеющие дети», 2010г.
6. De Martino M, Ballotti S. The child with recurrent respiratory infections: normal or not? *Pediatr. Allergy Immunol.* 2007; 18 (Suppl. 18): 13–18.



ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССА ПОЗНАНИЯ ЛИЦ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Турсунов Владислав Владимирович,¹Поташова Ирина Иннокентьевна,^{2,3}Кремнёва Светлана Николаевна,²Куприкова Анастасия Александровна,⁶Петракова Анастасия Владимировна^{4,5,6}

¹*ФГБОУ ВО РязГМУ имени И.П. Павлова, г. Рязань, Россия*

²*ГБПОУ города Москвы Колледж малого бизнеса № 4,
г. Москва, Россия*

³*ЧУ ВО Институт государственного администрирования,
г. Москва Россия*

⁴*Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Germany*

⁵*Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Greifswald, Germany*

⁶*BifiZg GmbH, Berlin, Germany*

Ключевые слова: познание лиц, нейропсихологическая коррекция, младший школьный возраст, легкая степень умственной отсталости.

Современный мир требует умения активно и успешно взаимодействовать с обществом. Социальные навыки является важным условием для адекватного функционирования в мире, что и является причиной интереса научного сообщества к разным аспектам социального интеллекта и социальных навыков. Социальный интеллект— можно определить как совокупность способностей, определяющая успешность социального взаимодействия. Включает в себя способность понимать поведение другого человека, своё собственное поведение, а также способность действовать сообразно ситуации, познание лица в



этом контекста играет важную роль для адекватного социального функционирования.

Познание лиц - сложный многоэтапный процесс, который включает в себя: целостное восприятие лица, восприятие деталей и соотношений между ними, запоминание лиц и их узнавание, идентификация личности человека, его эмоций и т.д. (Bruce. V, Young. A, Gobbini M. I., Haxby, J. V., Kanwisher N.G.) [4,6,7,8].

В настоящее время интерес исследователей сосредоточен на изучении индивидуальных различий в процессе познания лиц. Если данные касательно индивидуальных различий этого процесса у взрослых присутствуют, то индивидуальные различия в детском возрасте изучены недостаточно. Вариации индивидуальных различий позволили бы нам внести теоретические данные касательно условной нормы протекания этих процессов в данном возрасте, их особенностях и взаимосвязях с другими процессами.

Изучение индивидуальных особенностей данного процесса у детей, возможных форм нарушений развития этого процесса важно, прежде всего, с точки зрения, разработки программ коррекции восприятия, запоминания и последующего узнавания лиц, распознавание эмоций, что является важными навыками для взаимодействия с людьми. В нашей работе описывается дизайн исследования процесса познания лиц у детей младшего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости.

Интерес к индивидуальным различиям протекания данного процесса у детей, вариации различий, взаимосвязь познания лиц с другими процессами обуславливает актуальность нашего исследования. Важным будет определение специфичности или неспецифичности процесса познания лиц, его взаимосвязи с общим интеллектом, а так же насколько обособленно протекает развитие процесса познания лиц в онтогенезе.

Можно выделить следующие цели нашего исследования:



1. Изучить особенности индивидуальных различий процесса познания лиц у детей в норме и с легкой степенью умственной отсталости
2. Изучить особенности процесса познания лиц у детей с УО, а именно оценить восприятие и распознавание лиц и имплицитную память на незнакомые лица
3. Проследить взаимосвязи процесса познания лиц с уровнем общего интеллекта, речевого развития, социальной ситуацией развития и полом.

Для изучения индивидуальных различий этого процесса у детей, а так же для оценки взаимосвязи этого процесса с общим уровнем интеллекта, полом, социальной ситуацией развития, нами планируется исследовать 36 детей, учащихся в общеобразовательной школе и дети младшего школьного возраста с лёгкой умственной отсталостью без сопутствующих нарушений (F70). Данные группы выбраны для изучения взаимосвязи процесса познания лиц с общим интеллектом и общим когнитивным развитием.

В своем исследовании мы планируем изучить особенности восприятия лиц детьми и имплицитное запоминание лиц. Для этого будут использованы лица взрослых людей мужского и женского пола, так как это является более релевантным стимулом для детей [5]. Так же нами будут использоваться индивидуальные результаты по шкале Векслера и анкетные данные детей.

При предположении результатов мы, опирались с одной стороны на теоретическую базу отечественной школы специальной психологии [1,3] и на исследования зарубежных специалистов [8,9]. Так же мы опирались на уже существующие исследования социального интеллекта детей с УО. [2]. Таким образом, мы предполагаем, что на успешность в познании лиц у детей с УО могут влиять индивидуальные особенности ребенка.



В дальнейшем данные, которые будут получены в исследовании, могут быть использованы для составления коррекционной программы и пополнения общих теоретических данных.

Список литературы:

- 1) Володина И. С., Антипова И. Г. *Методологические проблемы обучения людей с умственной отсталостью // Известия ПГУ им. В.Г. Белинского. 2012. №28.*
- 2) Володина Инна Сергеевна. *Специфика развития социального интеллекта младших школьников с умственной отсталостью : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 : СПб., 2004 194 с. РГБ ОД, 61:05-19/332*
- 3) *Специальная психология: Учеб.пособие для студ. высш. пед. С718учеб. заведений / В. И.Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И.Солнцева и др.; Под ред. В.И.Лубовского. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 464 с*
- 4) Bruce, V. and Young, A. (1986). *Understanding facerecognition. British Journal of Psychology, 77, 305–327.*
- 5) GiorgiaPicci and K. Suzanne Scherf (2016). *From Caregivers to Peers: Puberty Shapes Human Face Perception. Psychological Science, 27(11) 1461–1473.*
- 6) Gobbini, M. I. and Haxby, J. V. (2007). *Neural systems for recognition of familiar faces. Neuropsychologia, 45, 32–41.*
- 7) James V. Haxby and M. Ida Gobbini (2012). *Distributed Neural Systems for Face Perception. Oxford Handbook of Face Perception, 114-129.*
- 8) Kanwisher, N.G., McDermott, J., and Chun, M.M. (1997). *The fusiform face area: A module in human extrastriate cortex specialized for face perception Journal of Neuroscience, 17, 4302–4311.*



9) Nancy Kanwisher and Jason J.S. Barton (2012). *The Functional Architecture of the Face System: integrating Evidence from fMRI and Patient Studies*. *Oxford Handbook of Face Perception*, 130-147.

10) Wilhelm, O., Herzmann, G., Kunina, O., Danthiir, V., Schacht, A. & Sommer, W. (2010). *Individual differences in face cognition*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 530– 548.



ОСОБЕННОСТИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Федоренко Наталья Дмитриевна

ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск, Россия

Ключевые слова: девиантное поведение, подростковый возраст, задержка психического развития, умственная отсталость.

В настоящее время статистические данные свидетельствуют о росте числа подростков, предпринимающих суицидальные попытки, совершающих преступления, страдающих алкогольной зависимостью, наркоманов и токсикоманов, а также адептов деструктивных религиозных культов [2].

Несмотря на внимание исследователей к девиантному поведению подростков, редко освещаются проблемы отклоняющегося поведения в контексте особенностей личностного развития, свойственного подросткам с ограниченными возможностями здоровья. Проблемы данного круга описываются либо на теоретическом уровне, либо – не очень корректно – на прикладном: не всегда учитывается своеобразие, обусловленное тем или иным видом дизонтогенеза, сказывается отсутствие адаптированных методик. И это не смотря на то, что многие теоретики и практики указывают на высокий риск возникновения у данной категории лиц различных форм нарушений поведения [1].

На сегодняшний день недостаточно изучены степень влияния первичных дефектов на развитие личности в целом, личностные качества, особенности складывающихся взаимосвязей между различными качествами личности и образующихся при этом характерологических комплексов.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена тем, что с одной стороны, количество подростков с девиантным поведением, в том числе и с огра-



ниченными возможностями здоровья, ежегодно увеличивается, а с другой стороны, исследований, посвященных решению данной проблемы явно недостаточно.

С целью изучения специфики девиантного поведения подростков с ограниченными возможностями здоровья нами проводилось исследование на базе МБОУ СОШ №47 им. В.А.Тамагина г. Хабаровска. Выборку составили 36 подростков в возрастном диапазоне от 13 до 16 лет. Испытуемые были разделены на две подгруппы в зависимости от степени выраженности интеллектуального дефекта. Для каждой из подгрупп подбирался свой пакет диагностических методик.

В первую подгруппу вошли 17 человек, имеющих, согласно заключению ПМПК, диагноз «задержка психического развития органического генеза», сопровождающийся наиболее часто невротоподобными состояниями ОНР третьего уровня (15 юношей и 2 девушки). Во вторую подгруппу вошли 19 подростков, имеющих диагноз «умственная отсталость» (9 юношей и 10 девушек), сопровождающийся наиболее часто системным недоразвитием речи, эпилептическими синдромами с судорожными припадками с фокальным началом.

В качестве методов психологической диагностики использовались: 1) методика выявления склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел (для подростков с ЗПР), 2) анкета антисоциального поведения подростково-юношеская (для подростков с УО), 3) шкала тревожности А. Кондаша (для подростков с ЗПР), 4) тест тревожности Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки (для подростков с УО), 5) «Hand-test» Э. Вагнера.

1. Результаты, полученные по методике выявления склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел.

Наиболее выраженным показателем отклоняющегося поведения в обследуемой группе является склонность к агрессии и насилию (среднее значение составило 61,7), что свидетельствует о предрасположенности большинства участников решать проблемы посредством насилия, о тенденции использовать унижение партнера по общению как средство стабилизации самооценки. Также



были получены повышенные баллы по шкалам «Склонность к делинквентному поведению», «Склонность к преодолению норм и правил», «Волевой контроль эмоциональных реакций» (средние значения составили 52,6, 51,2, 50,3 соответственно), что, в свою очередь, демонстрирует наличие делинквентных тенденций в группе, а также низкий уровень социального контроля, неспособность в некоторых ситуациях контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций. Показатель по шкале «Установка на социальную желательность» (среднее значение 55,5) свидетельствует об умеренной тенденции давать при заполнении опросника социально-желательные ответы.

2. Результаты, полученные по шкале тревожности А. Кондаша.

Таблица 1

Распределение подростков первой подгруппы по уровню тревожности
(чел. / % от общего числа)

Вид тревожности	Уровень тревожности				
	Нормальный	Несколько повышенный	Высокий	Очень высокий	«Чрезмерное спокойствие»
Межличностная	2 (11,7%)	8 (47,1%)	3 (17,6%)	0	4 (23,5%)
Школьная	8 (57,1%)	4 (23,5%)	1 (6%)	1 (6%)	2 (11,8%)
Самооценочная	1(6%)	2(11,7%)	9 (52,9%)	1(6%)	4 (23,5%)
Общая	2 (11,7%)	0	10(58,8%)	1 (6%)	4 (23,5%)

Таблица 1 демонстрирует высокий уровень общей тревожности у десяти подростков. Также получен высокий уровень самооценочной тревожности у девяти подростков. Несколько повышенный уровень межличностной тревожности наблюдается у восьми подростков, высокий – у трех. Полученные данные свидетельствуют о заниженной самооценке большинства испытуемых, а также о наличии как внутриличностных, так и межличностных конфликтов. Следует отметить показатель «Чрезмерное спокойствие» межличностного, самооценочного и общего вида тревожности у четырех подростков. Подобная «нечувстви-



тельность» к неблагоприятным обстоятельствам, как правило, носит защитный характер и препятствует полноценному формированию личности. Эмоциональное неблагополучие в этом случае сохраняется ценой неадекватного отношения к действительности, отрицательно сказываясь на продуктивности деятельности.

3. Результаты по анкете антисоциального поведения.

Для подростков с умственной отсталостью наиболее характерными оказались такие проявления делинквентного поведения как:

1) дисциплинарные проступки (68,4% испытуемых) (частые, необоснованные отсутствия в образовательном учреждении, неподготовка домашних заданий);

2) административные правонарушения (31,6% испытуемых) (распитие спиртных напитков и появление в пьяном виде в общественных местах);

3) преступления (15,8% испытуемых) (воровство).

Также у 11 (57,9%) подростков выявлено агрессивное поведение по отношению к более слабым сверстникам; частые уходы из дома с невозвращением на ночь отмечаются у 7 (36,8%) подростков.

4. Результаты, полученные по тесту тревожности Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки.

Высокий уровень тревожности выявлен у 15 подростков (78,95 %); средний уровень тревожности выявлен у 4 подростков (21,5 %). При чем наиболее часто ситуации, вызывающие отрицательный выбор относятся к группе межличностного взаимодействия, как с взрослыми (60,5%), так и со сверстниками (64,2 %).

5. Результаты проективной методики «Hand-test».

Таблица 2

Результаты методики «Hand-test» (кол-во выборов / % от общего числа выборов)



Признак	Подростки с ЗПР	Подростки с УО
Агрессия	80 (25,2 %)	86 (23%)
Директивность	20 (6,3 %)	27(7,2%)
Аффектация	7 (2,2%)	8(2,1%)
Коммуникация	43(13,5%)	55(14,7%)
Зависимость	18(5,7%)	5(1,3%)
Страх	10 (3,1%)	9(2,4%)
Экзгибиционизм	11(3,5%)	21(5,6%)
Калечность	48 (15,1 %)	41(11%)
Описание	16 (5%)	47(12,6%)
Напряжение	9 (2,8%)	20(5,3%)
Активные безличные ответы	40(12,6%)	49(13,1%)
Пассивные безличные ответы	14(4,4%)	7(1,9%)
Отказ от ответа	2(0,6%)	0 (0 %)
Степени личностной дезадаптации	67	69
Открытое агрессивное поведение	35	44

Уровень агрессивности (Agg), также как и склонность к открытому агрессивному поведению (I) повешены в обеих подгруппах.

Степень личностной дезадаптации (Mal) выражена также у подростков двух групп. Высокий показатель по данной шкале характеризует подростков низкой адаптивностью, отсутствием стремления строить свои отношения с людьми на принципах сотрудничества.

Незначительный процент ответов категории «Аффектация» (Aff) в обеих подгруппах свидетельствует об эмоциональной недифференцированной, дефиците искренних эмоциональных отношений с другими и отсутствии желания поддерживать эмоциональный контакт.

Невысокий процент ответов безличной категории («Act» и «Pas») свидетельствует о чувствительности в межличностных отношениях и тревожности подростков (Таблица 2).

В целом обследованные нами подростки характеризуются отсутствием



желания поддерживать эмоциональный контакт с окружающими, повышенным уровнем агрессии, склонностью к насилию, имеют признаки делинквентного поведения. У большинства из них обнаружен высокий уровень тревожности, проявляющийся как в межличностных отношениях, так и во внутриличностных. Все это отображает личностную и социальную дезадаптацию подростков с ограниченными возможностями здоровья. Для преодоления состояния дезадаптации, целесообразным будет вовлечение в групповую работу, а в программу коррекции необходимо включать методы социально-психологического обучения (методы арт-терапии, игровые методы).

Работа в данном направлении продолжается. По результатам проведенного исследования для педагогов, работающих с данной категорией учеников, будут предложены педагогические рекомендации.

Список литературы:

1. Беличева С. А. Основы превентивной психологии. М. : Социальное здоровье России, 1994. 221 с.
2. Книжникова С. В. Девиантология для педагогов и психологов: учебное пособие / С. В. Книжникова. М.-Берлин : Директ-Медиа, 2014. 363 с.



ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АДАПТАЦИИ ПЯТИ- КЛАССНИКОВ С ОВЗ В СРЕДНЕЙ ШКОЛЕ

Холкина Елена Олеговна

ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России, г. Хабаровск, Россия

Ключевые слова: адаптация, дезадаптация, ЗПР, УО, ОВЗ.

На сегодняшний день специалисты наблюдают усложнение адаптационных процессов, что оказывает большое влияние на напряжения функциональных систем школьников. Неадаптированность ребенка к обучению ведет к ухудшению его здоровья, снижению успеваемости, отрешенности от школы, неблагоприятному социальному статусу и проблемам в общении.

Переход из начальной школы в среднюю – является чрезвычайно трудным для школьников. Так как меняются предметы в школе, усложняется учебный материал, меняется преподавательский состав, выдвигаются более высокие требования к учебной деятельности, - все это влияет работоспособность пятиклассников, повышает тревожность, вызывает состояние фрустрации.

Очень важно обратить внимание на особенности адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Всего общее образование в крае получают свыше 10 тысяч ребят с ОВЗ и инвалидностью. Из них 4,4 тысячи подростков обучаются в школах инклюзивно, 3,2 тысячи занимаются в 20 краевых коррекционных учреждениях, еще 3,2 тысячи учатся в коррекционных классах [3]. Из-за особенностей развития у них прослеживаются проблемы во взаимодействии с учителем и со сверстниками, снижена или отсутствует учебная мотивация, занижена или неадекватно высокая самооценка, появляется тревожность и страхи.



Актуальность проблемы определила цель исследования: исследование особенностей адаптации у пятиклассников с ОВЗ в средней школе. Группа детей с ОВЗ, представленная в нашем исследовании – это дети с задержкой психического здоровья (ЗПР) и умственно отсталые (УО) дети. ЗПР - нарушение нормального темпа психического развития ребенка, характеризуется снижением умственной работоспособности, отставанием в развитии познавательной деятельности, неустойчивостью внимания, ограниченным объемом памяти и т.п[1]. УО - нарушение общего психического и интеллектуального развития, которое обусловлено недостаточностью центральной нервной системы и имеет стойкий, необратимый характер [2].

В исследовании принимали участие 20 учеников в возрасте от 10 до 12 лет. У 11 учеников диагноз «ЗПР органического генеза», из них 4 имеют диагноз «выраженная ЗПР, под вопросом УО»; 5 имеют диагноз «умственная отсталость», сопровождающиеся наиболее часто системным недоразвитием речи, эмоционально – волевыми расстройствами, невротическими состояниями, астеническим синдромом, нарушениями чтения и письма. Для исследования использовались такие методики как «Адаптация Домики» для учащихся в классе для УО, «Измерение школьной тревожности» Филлипса для класса ЗПР, «школьная мотивация» по Лускановой использовалась в обоих классах, анкета для родителей и учителя «школьная тревожность» для детей с УО, «Чувства к школе» Левченко для класса ЗПР, из – за сложности понимания и адаптаций методик для детей с особыми образовательными потребностями, мы применяли разные методики для классов детей с ЗПР И УО.

Анализ полученных результатов



Рис. 1/1. Тест школьной тревожности Филипса, учащихся в 5 В классе

Как видно из Рис. 1/1 у учащихся 5 «В» класса высокие проценты по шкалам страха самовыражения и страха ситуации проверки знаний, на втором месте – переживание социального стресса и проблемы и страхи в отношении с учителями.



Рис. 1/2. Тест школьной тревожности Филипса, учащихся в 5 В классе.

Как видно из Рис. 1/2 у учащихся 5 «В» класса самый большой процент у шкал – ситуации проверки знаний и страха самовыражения.



Анализ результатов по методике Левченко «Чувства к школе», учащихся в 5 В классе.

Согласно полученным данным, наибольшие значения получили чувства – уверенность в себе, беспокойство, ответственность, благодарность, усталость, желание приходить сюда, радость. Но хотелось бы обратить внимание, что дети выбирали и такие чувства как страх, чувство унижения, тревогу за будущее, неудовлетворенность собой, на наш взгляд нельзя оставить это без внимания. Соотношение тех и других.

Анализ результатов школьной мотивации по Лускановой, учащихся в 5 В и 5 Г классе.

1. У двоих детей из 5 «В» класса выявлен высокий уровень школьной мотивации, учебной активности. Такие дети отличаются наличием высоких познавательных мотивов, стремлением наиболее успешно выполнять все предъявляемые школой требования. Они очень четко следуют всем указаниям учителя, добросовестны и ответственны, сильно переживают, если получают неудовлетворительные оценки или замечания педагога.

2. У четырех учеников выявлена хорошая школьная мотивация. Подобные показатели имеет большинство учащихся начальных классов, успешно справляющихся с учебной деятельностью.

3. У шести учеников выявлено положительное отношение к школе, но школа привлекает таких детей внеучебной деятельностью. Такие дети достаточно благополучно чувствуют себя в школе, однако чаще ходят в школу, чтобы общаться с друзьями, с учителями. Познавательные мотивы у таких детей сформированы в меньшей степени и учебный процесс их мало привлекает.

4. У четырех учеников выявлен низкий уровень школьной мотивации. Подобные школьники посещают школу неохотно, предпочитают пропускать занятия. На уроках часто занимаются посторонними делами, играми. Испыты-



вают серьезные затруднения в учебной деятельности. Находятся в состоянии неустойчивой адаптации к школе.

5. У четырех учеников выявлено негативное отношение к школе, школьная дезадаптация. Такие дети испытывают серьезные трудности в школе: они не справляются с учебной деятельностью, испытывают проблемы в общении с одноклассниками, во взаимоотношениях с учителями. Школа нередко воспринимается ими как враждебная среда, пребывание в которой для них невыносимо. Могут плакать, проситься домой. В других случаях ученики могут проявлять агрессивные реакции, отказываться выполнять те или иные задания, следовать нормам, правилам.

Анализ результатов, учащихся в 5 Г классе по методике «Адаптация домики».

Вегетативный коэффициент.

У одного ученика выявлено - компенсированное состояние усталости. Самовосстановление оптимальной работоспособности происходит за счет периодического снижения активности. Необходима оптимизация рабочего ритма, режима труда и отдыха.

У четырех учеников – оптимальная работоспособность. Ребенок отличается бодростью, здоровой активностью, готовностью к энергозатратам. Нагрузки соответствуют возможностям. Образ жизни позволяет ребенку восстанавливать затраченную энергию.

Суммарное отклонение.

У четырех учащихся – эмоциональное состояние в норме. Ребенок может радоваться и печалиться, поводов для беспокойства нет.

У одного ученика – Преобладание положительных эмоций. Ребенок весел, счастлив, настроен оптимистично.

Анализ результатов по «анкета для родителей и для учителя на тревожность».



Анализируя полученные данные, мы можем увидеть, что по результатам блока опросника для учителя высокий уровень тревожности у всех детей в классе. По блоку опросника для родителей - низкий уровень тревожности у 3 детей и средней тревожности у двух.

Исходя из полученных данных в исследовании адаптации пятиклассников с ОВЗ, мы можем сделать вывод, что у детей, действительно, наблюдаются проблемы с адаптацией. Она выражается в высоком уровне тревожности, в отсутствии мотивации к учебе, в заниженной или неадекватно завышенной самооценке, проблемами в общении с учителями и сверстниками. Исследование проведено в рамках дипломного проекта, вами разработана коррекционная программа по результатам исследования. Коррекционная программа ещё не завершена, после её завершения планируется разработать психологические рекомендации для педагогов, работающих с этими классами.

Список литературы:

- 1. Большой Энциклопедический словарь. 2000.*
- 2. Психологический словарь. 2000.*
- 3. <https://minobr.khb.ru/>*



ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ (ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА)

Черникова С.И., Василенко Т.Д., Селин А.В.

ФГБОУ ВО КГМУ, г. Курск, Россия

Ключевые слова: дети, семья, семейные отношения, психосоматическое расстройство.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Качество раннего контакта матери и ребенка в системе психосоциальных факторов, как условие сохранения здоровья», проект № 14-06-00085.

В настоящее время мы все больше сталкиваемся с заболеваниями, обусловленными психосоматическими факторами. Стресс и психотравмирующие ситуации, которые иногда возникающие не только во внешней среде, но и в семейной системе, могут приводить к ослаблению иммунитета ребенка и как следствие – развитию заболевания.

Безусловно, качество семейных отношений отражается на состоянии здоровья ребенка, зачастую, его болезнь, может быть единственным способом адаптации к неблагоприятным условиям жизни в семье. *А так же внутрисемейные отношения будут влиять на социальную адаптацию ребенка [1].*

Если рассматривать семью как систему, то в ней можно выделить несколько уровней отношений, которые оказывают на психическое и соматическое здоровье ребенка существенное влияние. Таковыми являются:

1. Уровень диады отношений.
2. Уровень триады отношений, здесь не всегда в ее состав входят родители.



3. Уровень расширенной семейной системы [5].

На первом уровне семейной системы важное место занимает не только феномен адаптивности, но и феномен привязанности, который чаще рассматривается в системе - «мать-ребенок» [3]. Так, для детей с надежным типом привязанности, характерна высокая приспособляемость к стрессовым ситуациям, конструктивное реагирование на тревожащий фактор, менее выраженная ориентация на значимость других в оценке результатов своих поступков и мыслей. А для детей с ненадежным типом привязанности характерна склонность к ожиданию негативных оценок со стороны окружающих, поскольку имеют установку на восприятие мира как ненадежного и не вызывающего доверия, а, следовательно, эти дети более подвержены влиянию стрессовых факторов и не всегда способны конструктивно реагировать на возникающую тревогу.

Если же рассматривать уровень триадных отношений, то на нем важную роль играет коммуникация и идентификация ребенка со взрослым, которые так же отличаются в семьях, где дети болеют психосоматическими расстройствами и где есть здоровые [6].

Цель исследования - изучить особенности семей, имеющих детей младшего школьного возраста с психосоматическими расстройствами, на примере заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Исследование проводилось на базе областной детской клинической больницы г. Курска, в отделении № 2 (гастроэнтерология), а также в первых, вторых, третьих и четвертых классах общеобразовательной школы № 42 города Курска. Объем выборки составил 110 человек. Из них 55 детей в возрасте от 6 до 10 лет и 55 матерей. Контрольную группу составили 24 здоровых ребенка вместе с мамами, экспериментальную группу – 31 ребенок с ПСР гастроэнтерологического профиля вместе с мамами. Исследование с детьми проводилось индивидуально.

В качестве методов исследования мы выбрали следующие:



1. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис) (АСВ) для родителей детей в возрасте 3 - 10 лет.
2. Семейная социограмма (Эйдемиллер Э.Г., В. Юстицкис).
3. Структурированная клиническая беседа для ребенка и родителей.

В результате проведенного исследования нами были получены следующие результаты:

При исследовании особенности семейных взаимоотношений у детей младшего школьного возраста с психосоматическим расстройством гастроэнтерологического профиля и соматически здоровых детей с помощью опросника «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса, предназначенного для матерей были получены статистически значимые различия по шкалам «Гиперпротекция» и «Расширение сферы родительских чувств», что говорит о том, что гиперопекаемый ребенок ограничен от других источников социальных влияний, более инфантилен, в меньшей степени способен самостоятельно принимать решения, а значит, менее адаптивен и менее стрессоустойчив, что является фактором развития психосоматического расстройства.

Данные, полученные по шкале «Расширение сферы родительских чувств», свидетельствуют о том, что семьи с соматически больным ребенком являются дисфункциональными.

Исследуя особенности семейных взаимоотношений ребенка с психосоматическим расстройством, мы обнаружили статистически значимые различия по критерию «Включенность членов семьи». Из результатов видим, что дети с психосоматическим расстройством чаще изображают себя только с теми членами семьи, с кем фактически проживают. Дети без психосоматического заболевания включают большее количество родственников, в том числе и дальних. Такой результат можно объяснить тем, что здоровые дети имеют более расширенный круг влияний, а значит, больше примеров моделей поведения, из которых могут предпочесть наиболее адаптивный.



Также мы получили статистически значимые различия между группой здоровых детей и детей с ПСР по типу идентификационного партнера по критерию χ^2 Пирсона при $p = 0,031$.

У детей с ПСР ЖКТ преобладает неблагоприятный тип идентификации, а именно идентификация, основанная на высокой стрессогенности личной истории партнера.

Таким образом, мы определили, что в группе соматически здоровых детей преобладает эмоционально-значимый тип коммуникации в отличие от детей с ПСР ЖКТ, где преобладающим типом коммуникации является формальный. И та и другая группа в качестве коммуникативного партнера выбирали маму, что подтверждает наше предположение о том, что для ребенка существенную роль играет качество самой коммуникации, а не то, с кем из членов семьи у ребенка устанавливаются близкие, доверительные отношения.

Так же у детей с ПСР ЖКТ преобладает неблагоприятный тип идентификации, а именно идентификация, основанная на высокой стрессогенности личной истории партнера. Различий в выборе партнера по идентификации обнаружено не было, что подтверждает наше предположение о том, что существенную роль в образовании психосоматических расстройств у детей играет история жизни идентификационного партнера, а не то, с кем из членов семьи идентифицируется ребенок.

Проанализировав результаты, мы пришли к следующим выводам:

1. Родители детей с ПСР склонны решать личностные проблемы за счет ребенка. Среди таких проявлений мы можем отметить повышение по шкале расширение сферы родительских чувств (при $p = 0,02$) Различия на уровне статистической тенденции по шкалам «Фобия утраты» и «Проекция на ребенка нежелательных качеств».

2. Дети с ПСР склонны к построению симбиотических связей с членами семьи (при $p = 0,0003$) в отличие от соматически здоровых детей.



3. При сравнении функциональной триады отношений детей контрольной и экспериментальной групп мы выяснили, что для детей с ПСР характерен более узкий круг членов семьи, которые являются партнерами по общению и идентификационными партнерами детей.

4. Согласно полученным результатам в группе соматически здоровых детей преобладает благоприятный тип идентификации, в то время как в группе детей с психосоматическими расстройствами наряду с благоприятным типом большое значение имеет защитная идентификация на основе страха и стрессогенной истории идентификационного партнера.

Список литературы:

1. Аллан Д. Ландшафт детской души. – М: ПЕР СЭ, 2006-272 с.
2. Боулби, Дж. Привязанность. – М.: Академический проект. – 2003. – С. 447.
3. Василенко, Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: КГМУ. – 2011. – 572 с.
4. Beckwith L. Adaptive and maladaptive parenting implications for intervention II Handbook of early childhood intervention / Ed. by S.J. Meisels, J.P. Shonkoff. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. P. 53-77.



ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И ПРОФИЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ

Чуйкова Жанна Владимировна

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

Ключевые слова: подростки, профиль латеральной организации, эмоциональный интеллект, морфологическая асимметрия.

Подростковый возраст является кризисным периодом в развитии индивида. В этом возрасте особенности психофизиологических функций обусловлены гормональными изменениями, которые в свою очередь, связаны с половым созреванием. Характерными психологическими особенностями подростков являются эмоциональная неустойчивость, колебания настроения, проявления агрессивности и тревожности [5]. Указанные эмоциональные особенности могут стать причиной школьной неуспеваемости, препятствием к установлению стабильных отношений с окружающей средой, что в результате приводит к постоянному напряжению адаптационных процессов. Трудности адаптации к образовательному процессу требуют системы учета функциональной асимметрии мозга учащихся при организации учебного процесса и являются основой создания здоровьесберегающих образовательных технологий и программ. Таким образом, проведение нашего исследования является актуальным, поскольку результаты его помогут в прогнозировании успешности обучения, оказании психологической помощи в условиях дезадаптации и её профилактики не только в образовательной сфере, но других сферах жизни учащихся.

Помимо большой эмоциональной возбудимости, противоречивости чувств, для эмоциональной сферы так же характерно возникновение переживаний, связанных не только по поводу самооценки, но и того, как оценивают под-



ростка другие. Все дело в том, что взаимоотношения со сверстниками играют в этом возрасте ключевую роль. В связи с этим у подростков начинает естественно развиваться способность к правильному восприятию и оцениванию эмоционального состояния собеседника, способность к эмпатии и к сопереживанию. Названные выше качества относятся к такому образованию, как эмоциональный интеллект. Под данным термином в самом общем значении представляет совокупность способностей индивида, обеспечивающих успешное функционирование в обществе за счет понимания эмоций и настроений других людей, а также включающий способность контролировать свои аффективные реакции [4]. Формирование эмоционального интеллекта начинается еще в раннем детстве и к подростковому возрасту приобретает особое значение.

Однако, основная часть психологических исследований, посвящённых эмоциональным процессам оценивает или измеряет эмоции в их психологическом компоненте, не затрагивая психофизиологическую часть. Между тем, имея в виду естественно - системный подход, требуется связать основные компоненты эмоционального переживания с их физиологическими и нейрофизиологическими коррелятами. Но помимо поиска конкретных нейрональных структур, обеспечивающих отдельные модально – специфичные эмоции и уровни их организации, есть и проблема более общего фундаментального характера – связь эмоций с большими полушариями головного мозга в их функциональной асимметрии [2]. Поэтому гипотезой нашего исследования будет являться предположение о наличии связи между профилем латеральной организации и эмоциональным интеллектом. Целью нашего исследования является выявление данной взаимосвязи между индивидуальным профилем и эмоциональным интеллектом у подростков.

Под латеральным фенотипом принято понимать сочетание моторных, сенсорных и психических асимметрий, присущих данному субъекту. Основой функциональных различий между двумя полушариями служит морфологиче-



ская асимметрия, отражающая различие в распределении нервно - психических функций между двумя полушариями. Формирование и развитие этого распределения происходит в раннем возрасте под влиянием биологических и социокультурных факторов [3]. Функциональная асимметрия полушарий является одной из причин существования у человека определенной структуры психики. На данный момент существует множество классификаций латеральных организаций исходя из различного сочетания асимметрий. В общем виде можно выделить три основных профиля: правого – сочетание правых асимметрий, левого – сочетание левых асимметрий и смешанного – совокупность первых двух.

Для проверки гипотезы нами было проведено исследование, в котором приняли участие 31 учащийся 7 и 8 классов 44 гимназии города Курска в возрасте 13-14 лет. В экспериментальную выборку вошли 6 левшей (3 девочки и 3 мальчика) и 25 правшей (6 мальчиков и 19 девочек).

Методы исследования. Сначала нами проводилась оценка профиля функциональной сенсомоторной асимметрии, которая складывалась из выявления ведущей руки, ноги, глаза и уха пробы по А.Р. Лурия). На втором этапе оценивался уровень эмоционального интеллекта методикой Н. Холла.

Результаты исследования: На первом этапе после предъявления проб по оценки латеральной организации, были отобраны только подростки по правополушарному и левополушарному типу. После предъявления теста на эмоциональный интеллект, нами вычислялся непараметрический критерий (U – критерий Манна – Уитни). В результате исследования были выявлены различия по всем 5 шкалам эмоционального интеллекта. В среднем у правшей «эмоциональная осведомленность», «управление эмоциями» и «самотивация» выше, чем у левшей. Однако значимые отличия (при $p < 0,01$) были обнаружены по шкалам «эмпатия» и «распознавание эмоций», где показатели правшей значительно выше, нежели у левшей.



Так как в нашей выборке были испытуемые разного пола, то было выяснено влияние переменной «пол» на формирование эмоционального интеллекта у индивидов с разным латеральным профилем. Такие показатели как «эмпатия» и «распознавание эмоций» в большей степени чувствительны к полу и ярко выражены и в правополушарной группе, и в левополушарной. Однако в группе левшей гендерные различия выделены наиболее ярко (при $p < 0,01$). По итогам анализа по выше перечисленным шкалам, было выявлено, что у мальчиков подростков данные показатели значительно ниже, чем у девочек (при $p < 0,01$). Полученные результаты о влиянии гендерных различий на эмоциональный интеллект у индивидов с разной латеральной организацией, дополняют уже имеющиеся исследования по данной проблеме [1].

Таким образом, в ходе исследования была установлена взаимосвязь латеральной организации и эмоционального интеллекта у подростков, а также выявлено влияние гендерных различий.

Список литературы:

1. *Александрова Н.П. К вопросу о сущности понятия «Эмоциональный интеллект» // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. 2009. №1. С.71–75.*
2. *Беломестнова Н.В. Эмоциональность в свете теории функциональной асимметрии полушарий головного мозга // актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2014. №3-2. С.307-311.*
3. *Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии человека. М.: Медицина, 1981. С.125.*
4. *Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. М.: АСТ, 2009. С.478.*
5. *Строчкова В.В. Особенности проявления эмоционального состояния мальчиков и девочек в подростковом периоде // VI Международная студен.*



электр. научн. конф. «Студенческий научный форум» (15 февр. – 31 марта 2014, г. Москва). М., 2014. С. 114-118.



СТУДЕНТЫ ТВЕРСКОГО ГМУ: ЦЕННОСТНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Шаламова Софья Витальевна, Соловьева Ксения Юрьевна,

Морозов Артем Михайлович

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Ключевые слова: облик врача, психологический портрет, профессия, профорентация

Актуальность: Оценка ценностно-личностных характеристик студента-медика является путём к пониманию условий формирования личности врача. На основании составления психологического портрета возможно проведения анализа отношения современного студента-медика к процессу обучения, выявление наиболее сложных и трудоёмких дисциплин в процессе обучения, а так же оценка главных факторов, влияющие на становление личности современного врача.

Цель: Анализ психологического портрета студентов ТГМУ на основании опроса.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 200 студентов 3 курса ТГМУ, а именно: 100 студентов педиатрического факультета и 100 студентов лечебного факультета. Было проведено анонимное анкетирование, включающие вопросы об отношении современных студентов к процессу обучения, а так же к их будущей профессии. Были использованы классические статистические методы для определения количества студентов, выбравших разные варианты ответов из предложенных в анкете.

Результаты: В результате анкетирования 200 студентов были получены следующие результаты.



На вопрос: «Чем вам нравится профессия врача?» - 47% студентов ответили - «хочу помогать людям», примерно одинаковое количество студентов (20% и 24% соответственно) ответили - «хочу помогать людям» и «это творческая, интересная профессия», 2% нравится высокая оплата труда, 6% выбирают престиж врачебной профессии и всего 1% ориентируется на знакомых или родителей врачей.

Для большинства респондентов, а именно 47% наиболее сложным в учебном процессе стал большой объём учебной нагрузки, 33% не хватает времени на самоподготовку, 14% считают, что при обучении не учитываются индивидуальные особенности и для 6% студентов главную сложность в учебном процессе составляют задания в тестовой форме.

90% студентов, как более интересные дисциплины к изучению выбрали клинические и всего 10% отдают предпочтение фундаментальным дисциплинам.

На вопрос: «Что Вы считаете важным, не очень важным и не важным для достижения успеха и благополучия в жизни?» - хорошее образование важно - выбрали 81% респондентов, 9% считают данный критерий не очень важным и 0% считают, что образование не важный критерий в данном вопросе. Знакомства с людьми имеющими авторитет в данной области – важно - 53%, не очень важно - 40%, не важно - 7%. Целеустремлённость, высокие амбиции - важно-61%, не очень важно - 39%, не важно-0%. Способности – важно-62%, не очень важно-38%, не важно-0%. Трудолюбие-важно-56%, не очень важно-36%, не важно-8%. Внешность-важно-21%, не очень важно-77%, не важно-2%. Обходительность, приятные манеры-важно-82%, не очень важно-11%, не важно-7%. Моральные качества - важно-86%, не очень важно-13%, не важно-1%. Ответственность – важно-70%, не очень важно-24%, не важно-6%. Сочувствие к людям – важно-82%, не очень важно-12%, не важно-6%. Подхалимство к выше-



стоящим людям –важно-2%, не очень важно-36%, не важно-62%. Участие в общественных организациях -важно- 5%, не очень важно- 50%, не важно-45%.

В свободное от учёбы время по индексу значимости, рассчитанному для каждого критерия оценки студенты отдают предпочтения таким занятиям как: 0,18-занятия спортом; 0,19 провести время на природе; 0,5 ходить в театр, на выставки; 0,27-ходить в кино; 0,82 ходить в клубы; 0,25-читать литературу не связанную с учёбой; 0,5 играть в компьютерные игры; 0,5-проводить время в интернете; 0,26- проводить время с друзьями; 0,33 смотреть телевизор; 0,26 ничего не делать.

После окончания университета 2% студентов планируют работать участковым врачом, 82% специалистами общего профиля, 10%-открыть собственный бизнес, 1%- не собирается работать в медицине, 5%-не определились.

12% студентов сожалеют о поступлении в медицинский, 81%-довольны своим выбором и 7%-затрудняются ответить на данный вопрос.

23% студентов-медиков не состоят в каких-либо общественных организациях, 77% -нет.

Свои отношения со сверстниками оценивают, как хорошие-84%, удовлетворительнее-10% и плохие-6% студентов.

По данным анонимного анкетирования хорошо справляются со стрессом-31% опрошенных, 53%-не очень хорошо, 13%-плохо и 3%-очень плохо.

Выводы: В результате анкетирования 200 студентов было выявлено, что большинство студентов выбирают профессию врача с целью помогать людям и меньшинство отдаёт предпочтение данной специальности из-за возможности иметь высокую оплату труда. Наиболее сложным в учебном процессе практически для всех студентов-медиков является большой объём учебной нагрузки и нехватка времени на самоподготовку или отсутствие условий для последней. Практически все опрошенные считают клинические дисциплины наиболее интересными в обучении. Для большинства респондентов хорошее образование,



целеустремленность, трудолюбие и другие положительные критерии оценки являются залогом успеха и благополучия в жизни. Так - же большое количество студентов-медиков после окончания университета планируют работать специалистами узкого профиля, тогда как работать участковым врачом и открыть собственный бизнес планируют- меньшинство. Работать в сельской местности не планирует никто из студентов. Половина студентов не очень хорошо справляется со стрессом, что свидетельствует о высокой нагрузке в процессе обучения и всё же процент студентов, кто очень плохо справляется со стрессом очень мал, что свидетельствует о высокой мобильности и устойчивости к разного рода неприятным ситуациям, будущих врачей. И более 1/3 студентов хорошо справляются со стрессовыми ситуациями, что является хорошим показателем.

Список используемой литературы

1. Аникина О.М. О необходимости создания службы психологического консультирования для студентов вуза. //Материалы научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования»- Чебоксары, 2009. – 160 с.
2. Гуревич К. М. Дифференциальная психология и психодиагностика. Избранные труды. СПб.: Питер, 2008.- 336 с.
3. Дианкина М.С., Кальченко А.Г. Социально-психологический портрет современного студента-медика. //Материалы научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования» -Чебоксары, 2009. – 160 с.
4. Ильин Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. СПб.: Питер, 2008. -432 с.
5. Толстолес Е. С., Банникова А. Н. Психология: учеб.-метод. пос. для студ. Томск: В-Спектр, 2012.- 116 с.



СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ

Шамарова Елена Юрьевна, Солодухо Валентина Валентиновна

БГПУ им. М. Танка, г. Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: синдром выгорания, медицинская деятельность, профессионализм, личностные детерминанты.

В настоящее время установлено, что синдрому выгорания наиболее подвержены специалисты, вынужденные по роду своей деятельности осуществлять многочисленные и интенсивные контакты с другими людьми. Неслучайно одна из первых исследовательниц «выгорания» социальный психолог К. Маслач определила «выгорание» как «плату за сочувствие». В результате «из платы за сочувствие» синдром эмоционального выгорания превратился в «болезнь» социально-ориентированных профессий, в том числе представителей медицинской сферы [7].

О.С. Булгакова рассматривает профессиональный стресс в качестве основного фактора СЭВ у медработников. Как указывает автор, «к общим стрессам ... жестко присоединяется негативный профессиональный стресс ответственности за жизнь постороннего человека, полностью отданного медикам во власть в силу катастрофических обстоятельств. Жестко потому, что ни ослабить, ни избежать его нельзя. [1, с. 85].

Д. Е. Курилкин указывает, что одно из первых мест по риску возникновения СЭВ занимает профессия медицинской сестры. Ее рабочий день - это теснейшее общение с людьми, в основном с больными, требующими неусыпной заботы и внимания. Сталкиваясь с негативными эмоциями, медсестра невольно и непроизвольно вовлекается в них, в силу чего начинает и сама испытывать повышенное эмоциональное напряжение. [5].



К.С. Жижин и др. показали особенности эмоционального выгорания медицинской сестры, как следствие специфики трудового процесса. Показателен факт связи выгорания с длительностью профессионального стажа медицинских сестер. У подавляющего большинства (76%) стаж играет ведущую роль в формировании синдрома выгорания. [2,с. 33].

Анализируя показатели фаз СЭВ, Л. А. Лазарева отмечает, что для медицинских сестер со стажем работы от 1 до 5 лет показатели фаз напряжения имеют наиболее высокие показатели. Состояние молодых специалистов объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальностью. У среднего медицинского персонала со стажем работы от 5 до 10 лет показатели фаз напряжения имеют тенденцию к снижению. Это объясняется определенным уровнем адаптации персонала на рабочем месте, но для данной группы характерны высокий уровень сопротивляемости и устойчивости. Наиболее устойчивыми к СЭВ оказались медсестры со стажем от 10 до 15 лет. Этот период деятельности связан с достижением определенного профессионального мастерства. Постоянное профессиональное совершенствование может служить одним из важных аспектов стратегии борьбы против эмоционального выгорания, возникающего в процессе выполнения трудовой деятельности. [6].

Особенности эмоционального выгорания у специалистов, работающих с умирающими больными, изучал А. А. Икорский. Несмотря на то, что такой медработник заранее знает, что больной не выздоровеет, факт смерти последнего не может не повлиять на медработника эмоционально. В исследовании, проведенном автором статьи, указанное предположение подтверждается, но только в случае у такого медработника небольшого опыта — до 3-х лет. С увеличением стажа работы картина меняется, и эмоциональное выгорание у медработников становится ниже за счет увеличения степени психологической защиты и качественного изменения смысложизненных ориентиров. Установки лиц, работающих с умирающими более указанного срока, меняются в сторону большей удовлетворенностью



своей жизнью, позитивной оценки ее результатов, ответственности за личные выборы, решения[3].

Особенности формирования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей анестезиологов-реаниматологов изучены А. И. Кокошко. В профессиональной деятельности врача анестезиолога-реаниматолога стрессовые ситуации могут создаваться динамичностью событий, необходимостью быстрого принятия решения, рассогласованием между индивидуальными особенностями, ритмом и характером деятельности. [4].

В исследовании В.Е. Орла, Т.В. Большаковой выявлены личностные детерминанты возникновения синдрома психического выгорания у медицинских работников. «Выгоревший» профессионал, как правило, на работу старается приходить как можно позже, уходит раньше, при первой возможности остается дома, чтобы поболеть, на работе часто смотрит на часы, чрезмерно сопротивляется переменам, у него растет чувство безразличия к своей профессиональной деятельности. В процессе выгорания уменьшается профессиональная мотивация, отмечается потеря энтузиазма и интереса к работе. Отмечается увеличение употребления стимуляторов, таких, как кофе, табак, алкоголь, также могут использоваться транквилизаторы, барбитураты. Они применяются для снятия напряжения, вызванного работой. Однако эта стратегия неэффективна, так как подрывает здоровье, может привести к постоянному злоупотреблению и, как следствие, снизить эффективность жизни таких людей. У «выгоревших» врачей наблюдается склонность к проявлению агрессивности или даже насильственному поведению, так как контроль над импульсами ослаблен, что может породить конфликты как на работе, так и дома. Кроме того, есть тенденция к социальной изоляции и уходу. «Выгоревшие» профессионалы физически и психически отдаляются от социальных контактов, и возникает опасность их изоляции от людей. [8, с.43].

Е. В. Петровой, Н.В. Семеновой, А.Н. Алехиным изучены закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и меди-



цинских сестер психиатрических учреждений. Установлено, что медицинские работники психиатрических учреждений в большинстве случаев субъективно не ощущают разочарования в выбранной профессии, несмотря на то, что в общении с пациентами у них выражены такие проявления деперсонализации, как безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей, снижение способности к эмпатии. [9, с.199].

Е.Г. Таткина выделяет три типа медицинских работников, которым угрожает развитие эмоционального выгорания:

– «педантичный», характеризующийся добросовестностью, возведенной в абсолют, чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка (даже в ущерб себе);

– «демонстративный» стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду. Этому типу свойственна высокая степень истощаемости при выполнении даже незаметной рутинной работы;

– «эмоциональный», включающий впечатлительных и чувствительных людей. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с саморазрушением [10, с.134].

Таким образом, исследования эмоционального выгорания у медицинских работников, показали, что хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность является внешним фактором выгорания. К внутренним факторам выгорания у медицинских работников относят склонность к эмоциональной ригидности и интенсивную интериоризацию обстоятельств профессиональной деятельности. Основной причиной эмоционального выгорания является истощение эмоционально-энергетических ресурсов и в связи с этим поиск способов их восстановления и сбережения.

Список литературы:



1. Булгакова О.С. Состояние медицины: социальная и психофизиологическая дезадаптация / О.С. Булгакова // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2014. – №101. – С.82-86.
2. Жижин К.С. Профессиональное выгорание медицинской сестры, как следствие специфики трудового процесса / К.С. Жижин, В.В. Морозов, Т.В. Оганесьян, А.П. Бункина, О.Э. Карбовская // *Успехи современного естествознания*. 2010. – №5. – С.29-33.
3. Икорский А.А. Особенности эмоционального выгорания у специалистов, работающих с умирающими больными / А. А. Икорский // *Вестник Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Серия 4, Педагогика. Психология*. – 2015. – №1. – С. 102-121.
4. Кокошко А.И. Формирование синдрома «эмоционального выгорания» у врачей / А. И. Кокошко // *Тюменский медицинский журнал*. – 2010. – №3. – С. 83-85.
5. Курилкин Д. Е. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников / Д. Е. Курилкин // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. – 2013. – Том 3 – №2. – С. 456.
6. Лазарева Л. А. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер / Л. А. Лазарева // *Известия Самарского научного центра Российской академии наук*. – 2014. – Том 16. – № 5. – С. 1514-1518.
7. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются / К. Маслач // *Журнал практического психолога*. – 1998. – № 7. – С. 4–9.
8. Орел В.Е. Личностные детерминанты возникновения синдрома психического выгорания у медицинских работников / В.Е. Орел, Т.В. Большакова // *Экология человека*. – 2005. – №3. – С.40–43.
9. Петрова Е.В. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических уч-



реждений / Е.В. Петрова, Н.В. Семенова Н. В., А.Н. Алехин // Вестник ТГПУ. – 2011. – №12. – С.194–199.

10. Таткина Е. Г. Особенности ранней психопрофилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер: Автореф. дис. ... псих.наук :19.00.03 /Е. Г. Таткина ; – Томск, 2010. – 23 с.



ВОСПРИЯТИЕ И ПОНИМАНИЕ ТЕКСТОВ МЛАДШИМИ ШКОЛЬНИКАМИ И СТАРШЕКЛАССНИКАМИ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Швецова Анастасия Андреевна
СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: восприятие текстов, понимание, айтрекер, умственная отсталость, школьники.

Восприятие – это базовый психический процесс, обеспечивающий взаимодействие человека с окружающим миром (А.И. Гришин, Д.А. Трофимов, А.П. Чемарев) [3].

Зрительное восприятие детей с интеллектуальной недостаточностью во всем своем своеобразии отчетливо проявляется в процессе рассматривания сюжетных картинок, результат понимания которых оказывается недостаточно полным, поверхностным, а порой неадекватен (И. М. Соловьев, Н. М. Стадненко).

Изучением понимания текстов занимались многие советские психологи, такие как А. А. Смирнов, А. А. Бодалев, В.В. Знаков, А.Н. Соколов, Э.В. Ильенков, Г. С. Костюк, среди современных зарубежных исследователей можно выделить работы VanderMolen, Y. Levy [8].

Ряд исследователей, изучавших понимание пришли к выводу, что сам акт понимания в процессе мыслительной деятельности заключается в осмыслении объектов или явлений, включении их в некую общую картину (А. А. Брудный, В. В. Знаков, А. И. Ракилов). Понимание выражается в речевых высказываниях, отражающих степень осознания изображенного сюжета (Л. С. Выготский, П. П. Блонский, А.Н. Леонтьев, А. А. Леонтьев и др.) [1; 2; 4].



Осмысление сюжетных картинок детьми с задержкой психического развития осложняется ограниченностью их словаря, недостаточной сформированностью понятий и низким уровнем практических языковых обобщений (Н. Ю. Борякова, Т. В. Егорова), хотя их спонтанная речь не содержит грубых нарушений и аграмматизмов и вполне удовлетворяет потребности повседневного общения ребенка (Н. А. Никашина) [5].

Изучением восприятия школьниками изображений занималась Шавалиева Г.Т. Проведенные ею исследования дают основание полагать, что психические состояния находятся в постоянной зависимости от воспринимаемого образа [6].

Понимание текстов детьми с умственной отсталостью, а также декодирование слов, аудирование, чтение и связанные с ними языковые и когнитивные факторы изучались в институте поведенческих наук в Нидерландах. Выяснилось, что понимание вызывает значительные трудности и включает декодирование слов, аудирование и временную обработку. При этом структура чтения и понимания текста напоминает начальный простой вид чтения.

Согласно исследованию Vander Molen, дети с интеллектуальной недостаточностью имеют серьезные задержки в рабочей памяти, а также четкий дефицит [7]. Кроме того, Y. Levy, исследуя подростков с умеренной и пограничной интеллектуальной недостаточностью, обнаружили, что общий уровень познавательных способностей влияет на высший уровень чтения, связанный с прогнозом [8].

Данное исследование было организовано с целью изучения механизмов восприятия и понимания текстовых и рисуночных стимулов учащимися младшего и старшего возраста с разным уровнем интеллекта.

В качестве объекта исследования выступили школьники, имеющие официальные диагнозы F83 – смешанные специфические расстройства психического развития и F70 – лёгкая умственная отсталость. Выборка составила 120



школьников: 60 школьников младшего возраста и 60 старшеклассников. Первая экспериментальная группа школьников (F70) составила 40 человек, вторая экспериментальная группа (F83) составила 40 человек, контрольная группа (норма) составила также 40 человек.

Гипотеза включала следующее предположение: при изучении возрастной динамики понимания текстов у учащихся с интеллектуальной недостаточностью будут отмечаться паттерны нарушения когнитивного развития, проявляющиеся в фрагментарности восприятия и недостаточном обобщении зрительной информации.

Стимульный материал включал текстовый (вербальный) и рисуночный (невербальный) стимулы. В качестве вербального стимула был использован небольшой отрывок из русской народной сказки «Волк и семеро козлят», а в качестве невербального стимула использовался комикс Х. Бидструпа.

В качестве методов исследования использовалась авторская анкета, направленная на изучение понимания стимулов, а также аппаратный метод айтрекинга, позволивший изучить особенности восприятия информации. Математико-статистическая обработка данных осуществлялась с применением дисперсионного, факторного и регрессионного анализа

На основании полученных результатов исследования были сделаны следующие выводы.

Для школьников с легкой умственной отсталостью в процессе понимания зрительной информации характерно проявление эмоционально-оценочного компонента, который выражается в использовании прилагательных для описания характеристик героев, в оценке их действий.

Для детей с диагнозом «смешанные специфические расстройства психического развития» характерно проявление процессуального компонента когнитивной деятельности, который выражается в интересе детей к поступкам героев и сюжету. По сравнению со сверстниками с легкой умственной отсталостью у



них чаще выявляется фрагментарность мышления, которая характеризуется частичным пониманием текста и неспособностью выделить и обобщить его смысл.

У нормально развивающихся школьников интерес направлен на понимание основного смысла текста, что свидетельствует о более высоком уровне когнитивного развития, который проявляется в целостном понимании, способности обобщать полученную информацию, способности подробно и последовательно пересказывать содержание материала.

Для старшеклассников свойственны более краткие устные комментарии при воспроизведении содержания текстов. Они избегают перечисления деталей и стремятся к формулировке вывода, что показывает их более высокую способность к обобщению.

Эффективность восприятия и понимания зрительной информации для всех школьников независимо от возраста и уровня интеллекта повышается при работе с невербальными (рисуночными) стимулами по сравнению со зрительными стимулами, содержащими письменную речь.

Список литературы:

1. Богачек И.С. Специфика понимания детьми с задержкой психического развития графических изображений. – 2002.
2. Брудный А. А. Понимание и текст // Загадка человеческого понимания / под общ. ред. А. А. Яковлева; сост. В. П. Филатов. М.: Политиздат, 1991.
3. Гришин А. И., Трофимов Д. А., Чемарев А. П. Особенности восприятия: проблема здоровья. Наука и инновации (Саратов) 2015
4. Дугаева О. А. Изучение мыслительной деятельности младших школьников с нарушением интеллекта в процессе работы с текстом (с опорой на наглядную основу) - Приамурский государственный университет им. Шолом-Алейхема, - (4), 2016.



5. Петрова В.Г. Психология умственно отсталых школьников: Учеб. Пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений/ В.Г. Петрова, И. В. Белякова. М.: Академия, 2004. 160 с.
6. Шавалиева Г.Т. Психологические аспекты психического состояния при восприятии образов. – Жур. Современные исследования социальных проблем. № 5 (49) / 2015.
7. Van der Molen. Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities. - *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (2007), pp. 162–169
8. Levy Y. IQ predicts word decoding skills in populations with intellectual disabilities - *Research in Developmental Disabilities*, - 2011, pp. 2267–2277



ФОРМИРОВАНИЕ ОБСЕССИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шерешевец Александр Сергеевич, Молодьянов Андрей Сергеевич

БГПУ им. М. Танка, г. Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: тревога, обсессия, страх, младшие школьники, методика "Незаконченные предложения".

Психологическое здоровье детей зависит от социально-экономических, экологических, культурных, психологических и многих других факторов. Ребёнок как самая чувствительная часть социума подвержен разнообразным отрицательным воздействиям. Каждый родитель и педагог хочет, чтобы ребёнок был счастливым, и поэтому большой упор в жизни ребенка делается на хорошее здоровье, высокую успеваемость, адекватное поведение.

Общетеоретический анализ феномена тревожности. Слово "тревожный" отмечается в словарях с 1771 года. Существуют два базовых термина. Различают тревожность как свойство личности, как постоянную, относительно неизменную в течение жизни черту (личностная тревожность) и тревогу как отрицательное эмоциональное состояние, относительно длительное, связанное с изменением нервно-психической деятельности (ситуативная тревога). Тревожность — это «склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги» [4]. По мнению ряда авторов, длительно существующее состояние тревоги может становиться свойством личности, переходя в категорию тревожности.

Изучению состояния тревоги уделяется значительное внимание как зарубежными [3], так и отечественными исследователями (Т.А. Немчин, 1966; 1983; Н.В. Тарабрина, 1971; Ю.Л. Ханин, 1978 и др.). В отечественной литературе



тревога наиболее часто определяется как отрицательное эмоциональное состояние, направленное в будущее и возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, которое проявляется в «ожидании неблагоприятного развития событий»[4]. Тревогу дифференцируют с переживанием страха. Страх — реакция на угрозу. Тревога и страх отмечают собой также и события неожиданные: «внезапное появление неожиданного вызывает страх» [6].

Организация и проведение исследования. В эмпирическом исследовании процесса формирования обесий у детей младшего школьного возраста приняло участие 25 детей в возрасте от 10 до 12 лет, из них 12 мальчиков и 13 девочек, обучающихся в ГУО «Щомыслицкая средняя школа» Минского района.

В ходе проведения нами эмпирического исследования использовались следующие методики: методика выявления детских страхов «Незаконченные предложения». Методика выявления детских страхов направлена на выявление и уточнение преобладающих видов страхов (страх темноты, одиночества, смерти, медицинские страхи и т. д.) у младших школьников. Цель методики «Незаконченные предложения» – выявить отношение к родителям, семье, к представителям своего и противоположного пола, к своим страхам и опасениям, к чувству вины.

Результаты исследования. В таблице № 1 представлены результаты исследования, отражающие сравнительные показатели степени выраженности различных страхов у испытуемых в соответствии с возрастными нормами для детей младшего школьного возраста.

Таблица 1

Степень выраженности различных страхов у детей младшего возраста



Наименование страхов	Результаты опроса у девочек	Результаты опроса у мальчиков	Показатель выраженности страхов детей
Страх перед нападением	20%	25%	11,25%
Страх умереть	40%	20%	15%
Страх смерти родителей	95%	55%	37,5%
Страх перед папой и мамой	15%	20%	8,75%
Страх наказания	10%	15%	6,25%
Страх чудовищ	20%	30%	12,5%
Пространственные страхи	10%	20%	7,5%
Страх перед стихией	20%	15%	8,75%
Страх высоты	5%	3%	2%
Страх пожара	30%	25%	6,25%
Боязнь врачей и боли	10%	15%	6,25%
Боязнь крови	5%	10%	3,75%
Боязнь уколов	2%	3%	1,25%
Страх темноты	50%	40%	22,5%
Страх увидеть страшные сны	6%	5%	2,75%
Страх войны	60%	30%	22,5%
Страх огня	10%	10%	5%

Таким образом, анализ полученных данных показал, что наиболее выраженными страхами детей младшего школьного возраста являются смерть родителей (37,5%), страх темноты (22,5%), страх войны (22,5%), страх умереть самому (15%). Наименее низкие показатели по шкале категории страхов заняли позиции: боязнь высоты (2%), боязнь уколов (1,25%). Результаты представлены на рисунке 1.

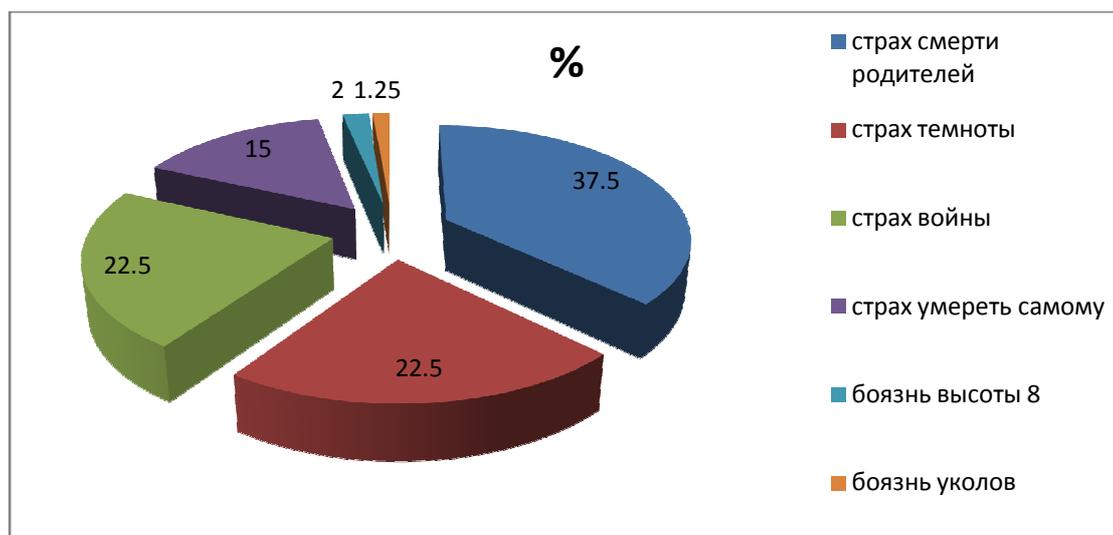


Рисунок 1. Характеристики выраженных различных страхов у детей младшего возраста

Анализ результаты исследования, полученных с помощью методики «Незаконченные предложения» позволяет предположить, что более тревожными являются девочки и самый большой процент тревожности составляет боязнь потери родителей. Также дети не испытывают тревожности перед родителями, имеют смешанное отношение к старшим детям. Наибольшую тревожность младшие школьники испытывают к наказанию (13 из 25 детей - 13.24%), ссоре (13 из 25 детей - 13.24%) и старшим ребятам (13 из 25 детей - 13.24%). Меньшую тревожность дети испытывают к школе (3 из 25 детей - 3.6%), сверстникам (5 из 25 детей - 5.9%) и одиночество (7 из 25 детей - 7.13%) (рисунок 2).



Рисунок 2. Выраженность разных видов тревожности у детей младшего возраста

Заключение. В результате проведенного эмпирического исследования было выявлено, что частой причиной возникновения тревожности у большинства школьников считается неблагоприятные отношения ребенка с родителями, боязнь не оправдать ожидания семьи, страх потери семьи. Можно предположить, что воспитание, основанное на завышенных требованиях, с которыми ребенок не в силах справиться или справляется с трудом, отмечается как одна из причин возникновения тревожности.

Исходя из полученных данных, можно выработать рекомендации родителям. В частности, родителям следует интересоваться жизнью, мыслями, чувствами, страхами школьника. Создавать условия для того, чтобы ребенок говорил о своих чувствах, переживаниях, проблемах. Желательно вместе обсуждать ситуации из жизни, вместе искать выход. Ребенок должен быть уверен, что всегда может обратиться к взрослым за помощью и советом.



Список литературы:

1. *Алешина, Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю. Е. Алешина. – М.: Независимая фирма "Класс", 2007. – 208 с.*
2. *Астапов, В. М. Тревожность у детей / В.М.Астапов. – СПб: Питер Пресс, 2004. – 224с.*
3. *Davidson, W., Andrews, J., Ross S. Effect of stress and anxiety on continuous high speed color namig / J. Exper. Physiol. 1965. V. 52. P. 13-17. Цит. по Панину Л.Е., 1983.*
4. *Петровский, А. В., Ярошевский, М. Г. Краткий психологический словарь. – 2-е изд. – Ростов-на-Дону, 1998.*
5. *Собчик, Л. Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики. – СПб.: Речь, 2003.*
6. *Кемпински, А. Познание больного/ Кемпински, А. -Пер.с-Минск: "Выш.шк", - 1998.-207с.*



ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА СЛАБОСЛЫШАЩИХ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ: ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Шкирман Роза Сергеевна, Павлова Екатерина Викторовна

ФГБОУ ВО АмГУ, г. Благовещенск, Россия

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, слабослышащие младшие школьники, модель способностей эмоционального интеллекта, смешанная модель эмоционального интеллекта.

Актуальность в изучении возможностей развития эмоционального интеллекта слабослышащих младших школьников обусловлена, с одной стороны, особенностями возраста (к ним относят активное эмоциональное развитие, совершенствование саморегуляции и самосознания в целом, формированиерефлексии и умения учитывать потребности и чувства партнера по общению), с другой – психологическими особенностями слабослышащих младших школьников.

Т.М. Грабенко и И.А. Михаленкова выделяют ряд особенностей слабослышащих младших школьников: 1) ограниченность или отсутствие сведений об эмоциях; 2) затруднение в идентификации и дифференциации эмоций; 3) трудности в вербализации и осознании своих и чужих эмоциональных состояний, в сопереживании другим людям, в установлении причин возникновения эмоций; 4) низкий и недостаточный уровень сформированности навыков саморегуляции эмоциональных процессов [2, С. 123].

Существующие на сегодняшний день теоретические представления о феномене эмоционального интеллекта сформировались преимущественно в рамках модели способностей и смешанной модели. К модели способностей отно-



сится концепция эмоционального интеллекта, предложенная Дж. Мэйером, Д. Карузо и П. Сэловеем. Они полагают, что «эмоциональный интеллект – это часть социального интеллекта, который включает способность контролировать собственные чувства и эмоции и чувства и эмоции Других, различать их и использовать эту информацию, чтобы контролировать мышление и действия» [6, С. 13]. Соответственно, авторы выделяют четыре компонента эмоционального интеллекта: 1) идентификация эмоций, 2) использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности, 3) понимание эмоций и 4) управление эмоциями. Компоненты выстраиваются в иерархию, уровни которой осваиваются в онтогенезе последовательно.

Теорию российского исследователя Д.В. Люсина также можно отнести к модели способностей. При этом эмоциональный интеллект «определяется как способность к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими» [7, С. 129]. В данной теории выделяется внутриличностный и межличностный эмоциональный интеллект. Эти два вида эмоционального интеллекта предполагают актуализацию различных когнитивных процессов и навыков, однако должны быть связаны друг с другом.

Смешанная модель эмоционального интеллекта, в противовес модели способностей, интерпретирует эмоциональный интеллект как сложное психическое образование, имеющее когнитивные, личностные и мотивационные черты. Д. Гоулман в рамках данной модели выделил пять основных составляющих эмоционального интеллекта: 1) эмпатия, 2) самосознание, 3) саморегуляция, 4) мотивация, 5) социальные навыки.

Что касается возможности развития эмоционального интеллекта, авторы модели способностей Дж. Мейер, П. Сэловей, Д. Карузо полагают, что «эмоциональный интеллект – относительно устойчивая способность, в то время как эмоциональные знания – вид информации, которой эмоциональный интеллект



оперирует, относительно легко приобретаются, в том числе и в процессе обучения» (цит. по [1, С. 190]).

В то же время, значительное число учёных, в том числе, Д. Гоулман, Д. Слайтер, Э.Л. Носенко, Н.В. Коврига, считают, что эмоциональный интеллект возможно и необходимо развивать. Они полагают, что эмоциональный интеллект «может быть целенаправленно сформирован как у ребёнка в процессе обучения и воспитания, так и у взрослого человека в процессе специально организованных тренингов» (цит. по [1, С. 190]).

Дж. Мэттьюс, Р.Д. Робертс и М. Зайднер выдвигают ряд требований к разработке программ развития эмоционального интеллекта, ориентированных на работу со слабослышащими детьми. Такие программы должны основываться на серьёзной теоретической базе, а их цели – фокусироваться на основных компонентах эмоционального интеллекта [7]. Кроме того, разработка и использование программ развития эмоционального интеллекта слабослышащих младших школьников должны базироваться на индивидуально-дифференцированном подходе. Они должны включать использование возможностей остаточного слуха детей, развитие речевых навыков и расширение активного словаря, развитие двигательной активности, применение наглядного материала. Кроме того, эти программы должны опираться на принцип системности, быть научно обоснованными и учитывать возрастные и индивидуальные особенности участников.

По мнению С.П. Деревянко, теоретическое основание программы развития эмоционального интеллекта слабослышащих младших школьников наиболее целесообразно в рамках гуманистического, поведенческого и когнитивного направлений [3, С. 80].

В контексте гуманистической психологии программа развития эмоционального интеллекта может быть направлена на стимулирование наиболее полного, как вербального, так и не вербального, выражения эмоций; распознавание и дифференциацию эмоциональных состояний, опознавание переживаний, ра-



нее подавляемых и искажаемых. Конечной целью программы в этом случае является развитие способностей к рефлексии, саморегуляции и эмпатии.

Программа развития эмоционального интеллекта, разрабатываемая в рамках поведенческого направления, предполагает концентрацию внимания и усилий на произвольных способах управления эмоциями и их экспрессивном выражении. В когнитивном подходе акцент ставится на возможности научения новым способам эмоционального мышления, стимулирующим понимание эмоций и эффективное управление ими, на установлении причинно-следственных связей в возникновении эмоций.

Наиболее продуктивными, по мнению ряда авторов, для развития эмоционального интеллекта слабослышащих младших школьников являются игра, методы арт-терапии, психогимнастика и т.д.

Игра – это деятельность, которая проявляется в способности человека преобразовать действительность и в результате изменяться самому. Психолог Л. Дэй выделяет пять типов игр для развития эмоционального интеллекта слабослышащих детей: 1) исследовательская, 2) креативная, 3) разнообразная, 4) мимическая и 5) катартическая. Эти игры способствуют развитию навыков саморегуляции, умения взаимодействовать со сверстниками и справляться со сложными стрессовыми ситуациями [5].

Арт-терапия – это вид терапии, основанный на искусстве и творчестве, и направленный на гармонизации личности через развитие способности самовыражения и самопознания. Одним из наиболее распространенных методов арт-терапии является изотерапия – «терапия изобразительным творчеством, в первую очередь рисованием» [4, С. 15]. Ее применение способствует развитию понимания своих и чужих эмоций, умениях дифференцировать и вербализовать.

Психогимнастика – один из невербальных методов групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии в каче-



стве главного средства коммуникации в группе. Данный метод предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний с помощью движений, мимики, пантомимы.

В результате применения программ, включающих различные методы и направления психотерапии, у слабослышащего младшего школьника могут быть развиты следующие составляющие эмоционального интеллекта: 1) умение контролировать свои чувства; 2) способность сознательно влиять на свои эмоции; 3) умение определять свои чувства и принимать их такими, какие они есть (признавать их); 4) умение эффективно общаться с другими людьми, находить с ними общие точки соприкосновения; 5) способностью использовать свои эмоции на благо себе и окружающим; 6) способность распознавать и признавать чувства других, представлять себя на месте другого человека, сочувствовать ему.

Список литературы:

1. Андреева И.Н. Эмоциональный интеллект как феномен современной психологии / И. Н. Андреева. Новополюк: ПГУ, 2011. 388 с.
2. Грабенко Т.М. Эмоциональное развитие слабослышащих школьников / Т.М. Грабенко, И.А. Михаленкова. СПб.: Речь, 2008. 255 с.
3. Дервянко С.П. Развитие эмоционального интеллекта в тренинговых группах // Психологический журнал, 2008. № 2. С. 79-84.
4. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми / М.В. Киселева. СПб.: Речь, 2006. 160 с.
5. Пахальян В.Э Групповой психологический тренинг / В.Э. Пахальян. СПб.: Питер, 2006. 224 с.
6. Сергиенко Е.А. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея, Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» / Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова. М.: Институт психологии РАН, 2010. 176 с.



7. *Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2004. 176 с. (Труды Института психологии РАН)*

8. *Стернберг Р.Дж. Практический интеллект /Р.Дж. Стернберг, Дж.Б. Форсайт, Дж. Хедланд и др. СПб.: Питер, 2002. 272 с.*



ТРЕНИНГ ГИД КАК ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ ИНВАЛИДОВ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ³

*Яковлева Наталья Валентиновна, Шишкова Ирина Михайловна,
Фролов Анатолий Иванович, Уланова Наталья Николаевна,
Яковлев Василий Васильевич*

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Ключевые слова: инвалиды, готовность к деятельности, психодиагностика, тренинг.

На сегодняшний день проведено много исследований касающихся психологических проблем инвалидности, но нет единой концептуальной основы, которая позволила бы изучить инвалидов как категорию субъектов специфической социальной активности, интегрирующей инструментальную здоровьесберегающую деятельность с видами социальной активности.

Согласно предварительной исследовательской гипотезе уровень психологической готовности инвалида к активной трудовой деятельности детерминирован сложным комплексом объективных и субъективных факторов. К их числу наряду с объективным состоянием здоровья и возрастно-половым статусом следует отнести психологическую зрелость личности, развитость и содержание мотивационно-смысловой сферы, включенность инвалида в систему социальных связей, уровень образования, профессиональной квалификации и ряд других [1,2,3,4,5].

Задачами нашего исследования были следующие:

- теоретический анализ проблем готовности к деятельности как особого ресурсного состояния,

³ Грант РФФИ 16-16-62003



- анализ исследований личностных деформаций и психологических компенсаций, связанных с инвалидностью,
- анализ психологической специфики здоровьесберегающей деятельности инвалидов и ее системной прегнантностью с другими видами социальной активности.

Для анализа психологической готовности инвалидов к деятельности был сформирован психодиагностический комплекс методик: шкала реактивной и личностной тревожности (State-Traite-Anxiety-Inventory STAI); методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн; калифорнийская шкала одиночества; краткий отборочный тест (КОТ); каскадная оценка компетентности личности Н.В. Яковлевой; тест 16 PF (форма А); тест уровня субъективного контроля; методика стилевой саморегуляции поведения В.И. Моросановой; опросник способов совладания (копинг-тест, WCQ); опросник СПА (социально-психологической адаптированности) (в адаптации Т.В. Снигиревой); опросник исследования здоровьесберегающей деятельности (ИЗД) Н.В. Яковлевой; методика СЖО (в адаптации Д.А. Леонтьева); опросник «Словарь» И.Г. Кокуриной; методика изучения мотивационного профиля личности Ш. Ричи и П. Мартина[6].

Исследование проходило на базе Михайловского экономического колледжа-интерната Минтруда России. Экспериментальная группа- 68 студентов колледжа, имеющих I и II группу инвалидности или имеющие статус «ребенок – инвалид». Контрольная группа – 53 студента рязанских колледжей (условно здоровые).

Все данные были подвергнуты математико-статистическому анализу. Использовались аналитические процедуры лицензионной программы «Стадия». Были выявлены базовые условия и ресурсы готовности инвалидов к деятельности. В результате факторного анализа были выявлены основные мишени



личностной коррекции. Кластерный анализ позволил выделить три типа психологической готовности к деятельности, характерных для инвалидов.

Эти исследования были положены в основу создания программы авторского тренинга ГИД (готовность инвалидов к деятельности). Тренинг представляет собой психокоррекционный конструктор, который можно модифицировать, в зависимости от типа личности инвалида, специфики здоровьесберегающей деятельности и особенностей психологической готовности к деятельности. Он включает пять стадий, три модификационных блока.

Проведение тренинга ГИД на экспериментальной выборке подтвердило его эффективность в сравнении с традиционными процедурами психологических тренинговых занятий.

Список литературы:

1. Яковлева Н. В., Уланова Н.Н., Шишкова И.М. Обзор психологических исследований инвалидности [Электронный ресурс] / Н.В. Яковлева, Н.Н. Уланова, И.М. Шишкова // *Личность в современных исследованиях: здоровье, адаптация, развитие: электронный научный журнал*. 2016. №2(13) С.14-25. www.humjournal.rzgmu.ru

2. Яковлев В.В., Фролов А.И. Проблема психологической готовности инвалидов к трудовой деятельности и актуальность ее исследования на материале рязанской области [Электронный ресурс] / В.В. Яковлев, А.И. Фролов // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электронный научный журнал*. 2016. № 3 (14). www.humjournal.rzgmu.ru

3. Яковлева Н. В. Образ будущего, как маркер психологической безопасности больных имеющих группу инвалидности / Н.В. Яковлева // *Личность и бытие: человек как субъект социокультурной реальности. Материалы научно-практической конференции, Краснодар, 2016*. С. 299- 306.



4. Яковлев В.В. *Мотивация безопасности в контексте психологической готовности инвалидов к трудовой деятельности*/В.В. Яковлев//*Личность и бытие: человек как субъект социокультурной реальности. Материалы научно-практической конференции, Краснодар, 2016. С.222-298.*

5. Яковлева Н.В., Уланова Н.Н., Фролов А.И., Шишкова И.М., Яковлев В.В. *Инвалид в современном обществе: теория и практика психологический исследований [Монография] / Н.В. Яковлева и др. - Рязань: РязГМУ, 2016 –188 с.*

6. *Диагностический комплекс ГРАНТ РГНФ № 16-16-62003. Методические материалы к проведению психодиагностического обследования – Рязань: ВООК-JET.–2016. –85 с.*

Специальный выпуск электронного научного журнала
«Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»
подготовлен по материалам научно-образовательного проекта
«IV Всероссийская научно-практическая конференция
студентов и молодых ученых
**«ПСИХОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА: ПУТИ ПОИСКА ОПТИМАЛЬНОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ»**
(г. Рязань, 22-24 ноября 2017 г.)

ВЫПУСК № 1(20) / 2018
выйдет в феврале 2018 года

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ,
приглашаем Вас к публикации Ваших работ
на сайте журнала!

E-mail: humjournal@rzgmu.ru

Требования к материалам,
представляемым к публикации в журнале,
изложены на сайте **[www. humjournal.rzgmu.ru](http://www.humjournal.rzgmu.ru)**
в разделе **«АВТОРАМ»**

Просим представлять Ваши материалы к публикации
до 31 января 2018 года