

ФГБОУ ВО "КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
МИНЗДРАВА РОССИИ

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ



ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ:
клинико-психологический подход

23/25.11.2017

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ

КУРСК



ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

УДК 159.9:616-092.11(063)

ББК 88:52.52

П 86

Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход. Материалы VII Всероссийской конференции с международным участием. 23-25 ноября 2017 г. Часть I / Под ред. Ткаченко П.В. –Текстовое (сингольное) электронное издание (3,27 Мб). – Курск: КГМУ, 2017 – 1 электронный оптический диск (CD/R)

Редакционная коллегия

Ответственный редактор - Ткаченко Павел Владимирович – д.м.н., доцент, проректор по научной работе и инновационному развитию, заведующий кафедрой нормальной физиологии Курского государственного медицинского университета.

Члены редакционного совета:

Никишина Вера Борисовна – член-корреспондент Международной академии психологических наук, д.пс.н., профессор, заведующая кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.

Запесоцкая Ирина Владимировна – д.психол.н., профессор кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.

Молчанова Людмила Николаевна – д.психол.н., профессор кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.

Петраш Екатерина Анатольевна – к.психол.н., доцент кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.

Кузнецова Алеся Анатольевна – к.психол.н., ст.преподаватель кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Курского государственного медицинского университета.

Издается по решению РИС ФГБОУ ВО КГМУ

Дата подписи к использованию: 5.11.17

Минимальные системные требования:

MicrosoftWindows 10/8/7/Vista/XP (SP3) (32- или 64-разрядные версии)

Adobe Flash Player 12 и выше.

ISBN 978-5-7487-1957-5

ББК 88:52.52



СОДЕРЖАНИЕ

<u>Авилов О.В.</u>	9
О смысле и причинах здоровья	
<u>Азина Е.Г.</u>	14
Развитие пространственных представлений у младших школьников с задержкой психического развития	
<u>Акбирова Р.Р., Сибгатуллина Л.Р.</u>	19
Сравнительный анализ суеверности и веры в паранормальное у здоровых людей и больных с невротическими и депрессивными расстройствами	
<u>Акименко А.К.</u>	20
Социально-психологические особенности вич-инфицированных	
<u>Базарова С.В.</u>	28
Оказание психологической помощи детям с проблемами в обучении и поведении	
<u>Баксанский О.Е., Скоробогатова А.В.</u>	32
Психология здоровья: психотерапевтический подход	
<u>Белозеров Б.Г., Ярославская М.А.</u>	36
Методы психологической интервенции в улучшении приверженности к лечению у больных шизофренией	
<u>Ближенская Н.В., Кузнецова А.А., Кулакова Н.И.</u>	41
Развитие произвольного внимания у детей дошкольного возраста в образовательном процессе дошкольного учреждения	
<u>Блюм А.И.</u>	45
Особенности личности женщины, страдающей бесплодием неясной этиологии	
<u>Бокова М.А., Курочкина И.А.</u>	48
Изучение гедонистической направленности личности в подростковом и раннем юношеском возрасте	
<u>Болецкий Е.Б., Труфанов М.И.</u>	54
Применение автоматизированных оптико-электронных устройств в задачах диагностики заболеваний глаза на ранних стадиях	
<u>Будыка Е.В., Ефимова И.В., Батоцыренова Т.Е.</u>	58
Исследование здоровья в нейропсихологии индивидуальных различий	
<u>Василенко Т.Д., Селин А.В.</u>	64
Ситуация бесплодия у женщин, как фактор трансформации переживания социального опыта	
<u>Василенко Т.Д., Тинякова Е.В.</u>	68
Положение подростка с психосоматическим расстройством в семейных межличностных взаимоотношениях	



<u>Власова Н.В.</u>	72
Предопределяющие условия и динамика развития суицидального поведения в подростковом возрасте	
<u>Водопьянова Н.Е.</u>	76
Противодействие профессиональному выгоранию в контексте психологии здоровья	
<u>Глушкова В.П., Шульженко Д.С.</u>	84
Психологические особенности отношения к материнству у юных первородящих	
<u>Грачев Ю.Г.</u>	88
Биохакинг — модное веяние или технология будущего?	
<u>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Лесная Н.П.</u>	93
Анализ стрессоустойчивости личности у больных с патологией дыхательной системы	
<u>Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н., Мансимова О.В.</u>	95
Конфликтогенность межпоколенного взаимодействия	
<u>Доценко А.Е., Разуваева Т.Н.</u>	97
Эффект болезнь-модифицирующей терапии специфика личностной идентичности у подростков, склонных к девиантному поведению	
<u>Дронова Т.А., Фаваз З.Ф.</u>	104
Коморбидной кардиоваскулярной патологии на клиничко-психологический статус пожилых больных	
<u>Дронова Т.А., Фаваз З.Ф.</u>	110
Соматопсихические изменения и качество жизни на фоне формулярной фармакотерапии кардиологических больных старших возрастных групп	
<u>Дудченко З.Ф., Никифоров Г.С.</u>	116
Из опыта преподавания психологии здоровья в высшей школе	
<u>Евдокимова Е.М., Колоколова А.Д.</u>	121
Проблема психологической готовности старшеклассников к сдаче выпускных экзаменов	
<u>Зеленова И.В.</u>	127
Правовые аспекты психологической работы в образовательных учреждениях.	
<u>Земзюлина И.Н.</u>	133
Анализ уровня эгоцентризма как фактора развития соматической патологии в период беременности	
<u>Илхамова Д.И.</u>	140
Подходы к коррекции психосоматических расстройств у детей и подростков	
<u>Ильина В.В., Молчанова Л.Н.</u>	146
Особенности дисфункции сенсорного восприятия у детей с расстройством	



аутистического спектра: анализ клинического случая <u>Казымаев С.А., Рудаков Б.Э., Никитин И.Г.</u>	151
Когнитивная реабилитация в общей системе реабилитационных мероприятий, анализ случаев <u>Канищева М.А., Жукова В.И., Саенко Д.М.</u>	157
Осмысленность жизни как параметр образа будущего студентов с разным уровнем субъективного контроля <u>Клюева Н.В.</u>	162
Этика и образование психолога-консультанта <u>Кожевникова Е.В., Разуваева Т.Н.</u>	167
Склонность к самоповреждающему поведению юношей и девушек с разными смысложизненными ориентациями <u>Козинцева П.А., Новрузова В.Н.</u>	176
Комплексный подход в исследовании агрессивности подростков <u>Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Петрова Л.И.</u>	182
Психологические изменения у больных с хобл и бронхиальной астмой во время обострения заболевания <u>Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н.</u>	184
Психологические проблемы у больных с ишемической болезнью сердца <u>Коростелева О.Е.</u>	187
Прием алкоголя как один из факторов формирования демонстративного суицидального поведения (клинический случай) <u>Ласков В.Б., Третьякова Е.Е., Логачева Е.А.</u>	192
Катастрофизация боли: нейропсихологические аспекты заблуждений и ятрогенно обусловленных психогений в клинической практике <u>Лысых А.А.</u>	197
Проблема сенсомоторной интеграции: теоретико-методологический анализ <u>Маль Г.С., Дудка М.В., Летова И.М.</u>	200
Оценка психологического статуса у больных ИБС с использованием генетических маркеров <u>Мелёхин А.И.</u>	203
Факторы, влияющие на изменения в памяти на лица в позднем возрасте <u>Микрюкова Е.Ю.</u>	210
Использование методов математической статистики в исследовании социально-психологической адаптации младших школьников к процессу обучения <u>Никитина Д.М., Баркова В.Л.</u>	215
Общепсихологические основы эмоциогенных ситуаций <u>Никитина Е.А., Кобзарь Т.А.</u>	224



Виды агрессии в подростковом возрасте <u>Огнев А.С., Лихачева Э.В.</u>	228
Возможности и перспективы развития инструментальной психодиагностики <u>Олейникова Т.А., Дрёмова Н.Б.</u>	233
Оценка карьерных ориентаций провизоров в обеспечении качества фармацевтической помощи населению <u>Панферова Я.В., Хачатурян Н.Н.</u>	239
Особенности деструктивных установок и стрессоустойчивости в межличностных отношениях врачей скорой помощи <u>Петраш Е.А.</u>	242
Биологическая обратная связь как метод адаптации к использованию протезов при ампутации нижних конечностей <u>Поляков Д.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н.</u>	249
Семья – базис в формировании самооценки у ребенка <u>Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Тишина А.А.</u>	252
Консциентальные особенности у больных с гипертонической болезнью <u>Пчелкина Е.П.</u>	256
Социально-психологическое неблагополучие как фактор риска суицидального поведения детей и подростков <u>Самойлова В.М., Епишин В.Е.</u>	263
Исследование особенностей памяти дошкольников с ограниченными возможностями здоровья <u>Самосват О.И., Лемэр Л.Г., Бражников А.Е.</u>	269
Популяризация скулшутинга в социальных сетях <u>Семакова Е.В., Машкова И.Ю.</u>	273
Нейропсихологические знания в профессиональной подготовке современного специалиста в рамках ведения отдельного случая <u>Семакова Е.В., Якубовская А.Б.</u>	279
Психологическое сопровождение безработных с ограниченными возможностями здоровья и с ограниченными возможностями жизнедеятельности в ситуации трудовой депривации <u>Сергеева М.В.</u>	283
Категориальный анализ самоотношения <u>Сизова Я.Н., Пономарева И.В.</u>	293
Теоретическое обоснование исследования регулятивной функции субъекта с личностной беспомощностью <u>Симоненко И.А.</u>	297
Идентификация как механизм развития личности ребенка в семье <u>Старченкова Е.С., Столярчук Е.А.</u>	301
Взаимосвязь временной перспективы личности и профессионального здоровья	



у специалистов социномических профессий <u>Степанов Н.С., Дрёмова Н.Б., Конищева Е.В.</u>	307
Поведенческое самоутверждение в преодолении жизненных затруднений <u>Тарасова А.Е.</u>	313
Возможности применения нарративной медиации в организациях системы высшего образования <u>Тастан Т.Р., Тельбаев Д.А., Мырзатаев Н.Б.</u>	319
Коммуникативная компетентность современных медицинских работников <u>Тастан Т.Р., Шликбаева Б.А., Абдилманова Э.Н.</u>	321
Основные направления психосоциальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья <u>Тастан Т.Р., Шликбаева Б.А., Абдилманова Э.Н.</u>	326
Био-психо-социальный подход к пониманию здоровья и болезни <u>Толкачева Л.В., Селина И.А.</u>	329
Особенности жизнестойкости больных с паническими расстройствами <u>Филатова Е.А., Ковалева О.Л., Кулабухова М.А., Руденко Е.В.</u>	331
К вопросу о развитии творческой активности у детей с дцп в системе психолого-педагогической реабилитации <u>Цветков А.В.</u>	336
Психология глупости: новые горизонты изучения принятия решений <u>Цветков А.В., Перегуда С.Н.</u>	342
Механизмы сенсомоторной коррекции психического развития: terraincognita популярной практики <u>Чеканова А.В., Молчанова Л.Н.</u>	347
Роль родительской компетенции во взаимодействии семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха, и коррекционно-образовательного учреждения <u>Черникова С.И., Недуруева Т.В., Молчанова Л.Н.</u>	351
Клинико-психологические проявления состояния выгорания у преподавателей высшей школы с разными стилями педагогической деятельности <u>Шаар Маалоули М.А., Пчелкина Е.П.</u>	356
Психологические особенности подростков, употребляющих психостимуляторы <u>Шатунов А.А., Михин В.П.</u>	362
Психологические аспекты реабилитационных мероприятий больных инфарктом миокарда <u>Щербатых Ю.В.</u>	367
Комплексный подход к диагностике и коррекции психологического стресса <u>Шукчус Л.В.</u>	373
Психологическое сопровождение решения личных проблем гендерных отношений	



[Шутеева Т.В.](#)

378

Клинико-эпидемиологические особенности инсульта у лиц молодого возраста

[Шустова А.В.](#)

383

Изучение проблемы точности движений: онтогенетический аспект

[Lee West, Kuznetsova A.A.](#)

386

Turquoise organizations - the health of the organization (recruitment)



О СМЫСЛЕ И ПРИЧИНАХ ЗДОРОВЬЯ

Авилов О.В.

**Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет,
г. Челябинск, России**

В рамках разрабатываемой теории функциональной эквивалентности с новых позиций дается представление о здоровье и его причинах. Показана возможная роль сознания в нарушении регулятивных функций в организме. Даны рекомендации.

Ключевые слова: здоровье, теория функциональной эквивалентности, сознание, причины сохранения и нарушения здоровья.

THE MEANING AND REASONS OF THE HEALTH

Avilov O.V.

On the base of the developing theory of functional equivalency new reasons of the health are proposed. It is emphasized that the consciousness can lead to the problems with the health. Some recommendations are made.

Key words: health, theory of functional equivalency, consciousness, reasons of the health and of the problems with the health.

Эффективная работа по сохранению здоровья и профилактике заболеваний возможна лишь при понимании того, что такое здоровье. Определение здоровья, изложенное в 1998 году в Уставе ООН, гласит: «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». В дальнейшем на основании этого определение, а также обобщение мнения различных исследователей данной проблемы в 19-20 веках понятия здоровье было уточнено и расширено. В то же время в указанном определении здоровья, как и во многих подобных, не уточняется что такое физическое и душевное благополучие, и можно ли им дать объективную оценку. Ряд исследователей пытались дать более точное, индивидуализированное определение здоровья. Так, у Д.Д. Венедиктова [1] «здоровье индивидуума – это состояние динамического, на протяжении максимально продленной жизни, равновесия организма человека с природной (биологической) и социальной средой обитания, определенное механизмами адаптации, защиты и эффективного функционирования организма в непрерывно изменяющейся среде...»



Некоторые авторы в определении здоровья указывают на генетические основы процесса его поддержания. Так, А.Г.Шадрина [2], с онтогенетических позиций считает, что «здоровье – это целостное многомерное динамическое состояние (включая его позитивные и негативные показатели), развивающиеся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды и позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции». В то же время ни у процитированных, ни у других исследователей ничего напрямую не говорится о смысле и причинах здоровья человека. Мы же считаем, что смысл здоровья и здорового образа жизни можно понять с позиции развиваемой нами теории функциональной эквивалентности.

Методической базой для развития теории функциональной эквивалентности является теория функциональных систем П.К. Анохина [3]. В отечественной науке об эквивалентности говорили достаточно давно. Так, продолжая мысль П.К. Анохина [3] о том, что в живых системах начальное и конечное звено передачи информации должны быть сопоставимы, К.В. Судаков [4] писал, что в любом звене функциональной системы имеются свойства потребности и ее удовлетворения, то есть определенная эквивалентность. Указанные авторы рассматривали эквивалентность исключительно в пределах живых систем как условие точной передачи информации от одного звена к другому. Мы же полагаем, что информационные, физические и химические воздействия на организм должны быть эквивалентны сумме преобразованных в организме и выделенных из организма информационных, физических и химических компонентов жизнедеятельности. На этом основании, как нам кажется, можно определить, что такое потребность. Так как потребности человека и их удовлетворение имеют непосредственное отношение к проблеме сохранения здоровья. По нашему мнению, потребность – это развитие дисбаланса разной степени выраженности, вызванное образующимся в процессе жизнедеятельности избытком информационных, физических и химических факторов, которые не могут быть удалены организмом самостоятельно, без риска нарушения структуры и чрезмерной потери потенциала. Удовлетворение потребностей – это поиск информационных, физических и химических стимулов (на сознательном и бессознательном уровнях) для устранения этого избытка. Конечный результат удовлетворения потребностей (конечный результат работы функциональной системы) – это установление эквивалентности за счет преобразования избытка информационных, физических, химических компонентов жизнедеятельности в функциональные и структурные изменения в организме. Так, например, как синтез или разрушение тех или иных веществ, обновление клеточного состава, движения, и, наконец, мышление. Стресс, по нашему мнению, возникает тогда,



когда темп развития дисбаланса в организме превышает темп установления эквивалентности. Индикатором того, что конечный результат достигнут, могут быть, с одной стороны, стабильные значения показателей гомеостаза, а с другой стороны положительные эмоции, которые формируются в случае достижения организмом желательных результатов [5]. Примером процесса установления эквивалентности на высоком уровне могут быть самоактуализированные люди по А.Г. Маслоу [6], «посвящающие себя поиску главных, вечных, лежащих в основе всего ценностей, которые не могут быть подчинены никаким другим, более важным».

Удовлетворение потребностей (устранение дисбаланса), как мы считаем, происходит за счет потенциала как организма в целом, так и отдельных его органов и систем. О потенциале организма писал еще Э.С. Бауэр [7], а современные исследователи выделяют генетический потенциал [2], адаптационный потенциал [8] и потенциал личности [9]. Мы же понимаем под потенциалом врожденные возможности организма и отдельных его систем по устранению проявлений дисбаланса, возникающих в процессе жизнедеятельности. Потенциал не может не быть реализован в процессе индивидуального развития. Все дело лишь в том, с какой скоростью это происходит, как быстро живой организм «самореализовывается». В случае, когда избыток информационных, физических и химических проявлений результатов функционирования с необходимой скоростью удаляется с помощью поступающих из внешней среды и внутренней среды организма стимулов, уменьшение потенциала, видимо, происходит в оптимальном темпе, на минимальном уровне. В этом мы видим смысл и причины здоровья. Таким образом, по нашему мнению, здоровье – это то функциональное состояние, при котором в организме, а также в его системах поддерживается оптимальный темп установления эквивалентности (удовлетворения потребностей) за счет минимально возможной траты потенциала. То есть, по нашему мнению, приведенное выше определение соответствует тому, что в Уставе ООН понимается под полным физическим и душевным благополучием, у Д.Д. Венедиктова [1] под равновесием организма человека со средой обитания, а у А.Г. Шадринной [2] под динамическим состоянием, развивающимся в процессе реализации генетического потенциала.

При этом если мы говорим о здоровье целого организма, то его уровень лимитируется тем органом (системой), в котором темп установления эквивалентности, даже при выраженном дисбалансе, не может превысить минимальную, по сравнению с другими органами и системами, величину («слабое» звено организма). Указанный темп, по нашему предположению, и определяется потенциалом «слабого» органа (системы). Следствием превышения темпа образования избытка информационных, физических и



химических факторов в «слабом» звене под темпом установления эквивалентности является стресс и отрицательные эмоции. Так как отрицательные эмоции присутствуют во всех случаях рассогласования в деятельности функциональных систем [5]. В то же время, как для оценки состояния здоровья, так и для формирования здорового образа жизни, на наш взгляд, следует понять следующее. На самом ли деле стресс, отрицательные эмоции сопровождают жизненно важные для человека проявления дисбаланса, в том числе и в «слабом» звене, или все дело в работе сознания. Сознание, за счет управления концентрацией внимания может увеличивать информационные последствия процессов жизнедеятельности, то есть изменять степень выраженности дисбаланса. Примером такого дисбаланса может быть постановка человеком или навязывание ему цели и формирование доминирующей мотивации. В этом случае на фоне отрицательных эмоций будет происходить установления эквивалентности (устранение возникшего дисбаланса). Однако чем сильнее будет выражено желание добиться цели или значимость приказа, тем больше будет выражен дисбаланс, и тем больше темп установления эквивалентности будет отличаться от оптимального темпа. Происходит соответствующее уменьшение потенциала и увеличение риска развития патологии, если индивидуальный потенциал не слишком велик. Поэтому, вероятно, человек должен очень осознанно относиться к выбору цели с учетом своих возможностей (потенциала) и способностей (реализованной ранее, в ходе установления эквивалентности, в структуре и функциях части потенциала). Опасность для здоровья заключается и в том, что достижения цели (установление эквивалентности) сопровождается положительными эмоциями. Это с одной стороны, показывает, что дисбаланс преодолен, а с другой стороны может подвигнуть человека на постановку других целей (зачастую ложных) не столько для того, чтобы получить желаемое, сколько для ощущения положительных эмоций. Может возникнуть своеобразная зависимость, сопровождающаяся увеличенными тратами индивидуального потенциала.

Еще одна опасность для здоровья заключается в произвольном изменении скорости установления эквивалентности, что может быть связано, а может и не быть связано с поставленными целями. Но скорости устранения дисбаланса в ряде случаев не могут быть произвольно изменены. Так, дисбаланс в центральной нервной системе, вызванный поступлением информации от различных групп рецепторов, устраняется бессознательно и практически мгновенно. Данный процесс не прекращается до самой смерти организма. Также бессознательно эквивалентность устанавливается с помощью некоторых мышечных сокращений. Таких, например как сокращение сердечной мышцы, сокращения гладкой мускулатуры внутренних органов, непроизвольное



сокращение скелетной мускулатуры, в частности, при реакции на опасность. В случае, если для установления эквивалентности, то есть для устранения дисбаланса, требуется кислород воздуха кроме бессознательных действий по обеспечению его поступления возможны и сознательные. Так, частоту дыхания можно произвольно или урять или учащать. Реакция на изменения температуры окружающей среды также имеет бессознательные и сознательные, составляющие. Мы в состоянии произвольно увеличивать время своего пребывания в условиях низкой или высокой температуры. Позывы к мочеиспусканию или дефекации можно до определенного момента затормозить с помощью волевых усилий, то есть произвольно. Длительность сна, частота приемов воды и пищи, объем нагрузки на скелетную мускулатуру поддаются сознательному контролю. В то же время, по нашему мнению, сознательное изменение времени установления эквивалентности по тому или иному каналу приводит к усугублению проявлений дисбаланса в организме, и, в конечном счете, к повышенному темпу расходования потенциала и риску развития патологии.

Таким образом, согласно нашим представлениям, понимание смысла и причин сохранения здоровья способствует повышению эффективности профилактики заболеваний. Теория функциональной эквивалентности, на наш взгляд, способна дать ответ на вопрос о смысле и причинах здоровья. При этом факт установления эквивалентности поддается объективному и субъективному контролю. Особое значение имеет наблюдение за работой сознания, которое может усиливать информационную составляющую дисбаланса организма. В этой связи, на наш взгляд, в программе формирования здорового образа жизни следует предусмотреть анализ значимых и ложных целей, поставленных сознанием. Человек должен понять является ли информационный дисбаланс, созданный сознательно, оправданным и стоящим траты потенциала. Кроме того, следует определить как часто и насколько обоснованно сознательно регулируется скорость удовлетворения потребностей (установления эквивалентности), и внести рекомендации по оптимизации подобных действий.

Литература

1. Венедиктов Д.Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения / Д.Д. Венедиктов. -М. -2007.-309 с.
2. Шадрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья / А.Г. Шадрина. Новосибирск: Наука. -1989.- 136 с.
3. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем / П.К. Анохин. М.: Наука. -1980.- 196 с.



4. Судаков К.В. Информационный феномен жизнедеятельности / К.В. Судаков. М.: РМА По. -1999.- 380 с.
5. Александров Ю.И. Системные аспекты психической деятельности / Ю.И. Александров, А.В. Брушлинский, К.В. Судаков, Е.А. Умрюхин. М.: Эдиториал УРСС. -1999. -272 с.
6. Маслоу А.Г. Дальние пределы человеческой психики / А.Г. Маслоу. Спб.: Издат. группа «Евразия». -1997. -430 с.
7. Бауэр Э.С. Теоретическая биология / Э.С. Бауэр. Будапешт.: Издательство АН Венгрии.- 1982. -295 с.
8. Ушаков И.Б. Адаптационный потенциал человека / И.Б.Ушаков, О.Г. Сорокин // Вестник РАМН. -2004.- №3.- С. 8-13.
9. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психологический журнал.- 2001. -Т.22.- №1. -С. 16-24.

РАЗВИТИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Азина Е.Г.

**Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение
«Средняя общеобразовательная школа № 46»
г. Набережные Челны, Татарстан**

Учебная деятельность требует от младших школьников высокого уровня развития пространственных представлений. Недостаточно сформированные представления и понятия о пространстве являются причиной возникновения большого количества трудностей в обучении. Младшие школьники с задержкой психического развития демонстрируют низкий уровень сформированности зрительно-пространственных функций, что определяет необходимость проведения специальной коррекционной работы. В статье представлены методы и приемы развития пространственных представлений, позволяющие эффективно проводить психолого-педагогическое сопровождение учащихся с задержкой психического развития в условиях общеобразовательной школы.

Ключевые слова: психолого-педагогическое сопровождение, младшие школьники с задержкой психического развития, трудности оперирования пространственной информацией, освоение схемы собственного тела.



THE DEVELOPMENT OF SPATIAL REPRESENTATIONS IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION

Azin E. G.

Educational activity of younger students requires a high level of development of spatial representations. Insufficiently formed ideas and concepts about space are the cause of a large number of learning difficulties. Younger students with mental retardation show a low level of formation of visual-spatial functions, which determines the need for special remedial work. The article presents methods and techniques for developing spatial representations that allow effective psychological and pedagogical support of students with mental retardation in secondary school.

Key words: psycho-pedagogical support of Junior schoolchildren with mental retardation, the difficulty of handling spatial information, the development of the scheme own body.

Современная тенденция к интеграции детей с отклонениями в развитии в систему массовой школы ставит перед психолого-педагогическим коллективом новые задачи по адаптации этих учащихся к требованиям общеобразовательной школы. Особую группу среди учащихся с особыми образовательными потребностями занимают младшие школьники с задержкой психического развития (ЗПР). Осуществляя психолого-педагогическое сопровождение этих детей особое внимание необходимо уделять развитию их пространственных представлений. От уровня сформированности этих функций во многом зависит успешность овладения чтением, письмом, счетом и другими видами учебной деятельности.

Можно выделить большое количество ошибок, в основе которых лежат трудности оперирования пространственной информацией:

- трудности ориентировки на листе бумаги, в нахождении начала строки, в соблюдении строки;
- изменения наклона и размера букв, раздельное написание букв внутри слов;
- трудности запоминания букв, их искаженное написание, замена рукописных букв печатными, замена похожих букв;
- устойчивая зеркальность, поворот букв и цифр в противоположную сторону;
- пропуск и замена гласных, в том числе ударных;
- нарушение порядка следования букв;
- трудности понимания логико-грамматических конструкций и мн.др.



У детей с несформированностью пространственных представлений обычно беспорядок в тетрадах. Они «заезжают» за поля, могут написать слитно два разных слова (особенно часто существительное с предлогом), не соблюдают правил переноса.

К началу обучения в школе ребенок с нормативным развитием уже различает свои правую и левую руки; понимает значение слов «вверх», «вниз», «дальше», «ближе», «впереди», «позади», легко дифференцирует предлоги места и направления; может выполнить практические пространственные задания, объяснить местоположение предметов относительно самого себя. В процессе усвоения знаний по различным учебным дисциплинам происходит дальнейшее развитие пространственных представлений учащихся о величине, ширине, длине, высоте, протяженности, расстоянии и т.д.

К сожалению, младшие школьники с ЗПР не владеют этими умениями. У них наблюдается перекрестная или невыраженная латеральность, что приводит к проблемам в правоориентации и левоориентации и пространственных ориентировок в целом [3]. Дети с ЗПР демонстрируют трудности ориентации в схеме тела и в направлениях пространства по сравнению с нормальными сверстниками [2].

Наше изучение пространственных представлений у этой категории учащихся показало, что при определении правого – левого пространства у них возникают значительные трудности. При копировании фигуры Тейлора отмечается нарушение восприятия целостного перцептивного поля, учащиеся придерживаются пофрагментарной стратегии воспроизведения рисунка, допускают множественные метрические и координатные ошибки. Наше исследование подтвердило необходимость проведения специальной коррекционной работы по развитию пространственных представлений у детей с ЗПР.

Коррекционная работа по освоению пространства включает в себя следующие основные направления: освоение схемы собственного тела; уточнение и обогащение представлений об окружающем пространстве; пространственная ориентировка на листе бумаги; вербальная маркировка пространства.

Довольно часто педагоги пропускают начальные этапы овладения пространством, сразу переходя к обучению пространственной ориентации на листе бумаги (выполняя всевозможные «Графические диктанты») и занимаясь вербальной маркировкой пространства (заучивая понятия «право-лево», «верх-низ», «над, под, за» и т.п.). Но нельзя забывать, что развитие представлений о схеме собственного тела - наиболее онтогенетическая ранняя система ориентации. Это базовый этап становления пространственных представлений, который необходимо детально прорабатывать с детьми с ЗПР [4].



На этой ступени предлагаем использовать следующие виды упражнений:

«Верх — низ»

- Определить по месту положения и назвать верхние и нижние части тела, сначала стоя у зеркала, потом по памяти.
- Показать и назвать, что выше (ниже) всего.
- Педагог неверно называет части тела, находящиеся вверху (внизу), или их расположение относительно друг друга. Задача ребенка – найти и исправить ошибку.
- Детям предлагается выполнить действия, которые можно совершать верхними частями тела (повороты, наклоны головы, махи руками и т.д.), затем нижними частями тела (приседание, махи ногами, вращение бедрами и т.д.).

«Спереди — сзади»

- Поделить вместе с ребенком его тело на переднюю и заднюю части. Детально разобрать с ним у зеркала, какие части тела находятся у него спереди и сзади.
- Назвать и показать части тела, которые находятся спереди (сзади).
- Назвать часть тела, до которой дотрагивается педагог, и сказать, где она расположена (спереди или сзади).
- Выполнять движения только в направлении вперед (бег, прыжки, махи руками, наклоны головы и т.д.), затем только в направлении назад (ходьба, махи ногами, откидывание головы и т.д.).
- Определить местоположение части тела, которую называет педагог (нос — вверху спереди, колени — внизу спереди и т.д.)

«Справа—слева»

- Разделить тело ребенка на левую и правую половины условной линией. Соотнести правые и левые половины с правой и левой рукой. Использовать зрительные маркеры, облегчающих ребенку формирование правильных представлений о правой и левой части тела (надеть на левую руку ребенка часы, резинку, браслет и т.п.).
- Назвать и показать правые и левые части тела (правую кисть, левое ухо, левую ступню, правое плечо и т.д.)
- Выполнять движения только в направлении налево (махи руками, приседания на левое колено, наклоны головы и т.д.). Затем аналогично «направо».
- Предложить ребенку дотронуться правой рукой до левого колена, левой рукой до правого уха и т.д.
- Определить, где находится та или иная часть тела ребенка (левое ухо - вверху слева, правое колено - внизу справа, спереди и т.д.)



Закрепление у детей взаимного расположения частей тела (сверху - снизу, спереди - сзади, справа - слева) эффективно происходит во время выполнения телесных двигательных упражнений. Использование этих упражнений способствует оптимизации и стабилизации общего тонуса тела и преодоления локальных мышечных зажимов и дистоний, что нередко наблюдается у детей с задержкой психического развития. Выполнение движений рекомендуется сопровождать проговариванием потешек и прибауток, что повышает интерес детей к этим заданиям.

Примеры упражнений[1]:

- «*Баранки-калачи*». Вращать прямую правую (левую) руку в плечевом суставе вперед, назад; обе руки в одном направлении, затем в противоположном (правая - вперед, левая - назад). Аналогично – вращение рук в локтевых и лучезапястных суставах. Вводить в активный словарь – «вперед», «назад», «выше», «ниже», «плечо», «предплечье», «локоть», «кисть» и т.д.
 - *«Ай, качи - качи – качи!»*
 - *Глянь, баранки калачи,*
 - *Глянь, баранки калачи!*
 - *С пылу, с жару, из печи.*
 - *С пылу, с жару, из печи –*
 - *Все румяны, горячи.*
 - *Налетели тут грачи,*
 - *Подхватили калачи,*
 - *Нам остались*
 - *Бара-а-а-ночки!»*
- «*Аты-баты*». Школьники маршируют, попеременно дотрагиваясь то правой, то левой рукой до противоположного колена (перекрестные движения) или до одноименного колена (односторонние движения). Обязательное условие - начинать и заканчивать упражнение перекрестными движениями.
 - *«Аты- баты - или солдаты,*
 - *Аты-баты - на базар.*
 - *Аты-баты – «Что купили?»*
 - *Аты-баты – «Самовар».*
- «*Ходит свинка*». И.п. – поставить ноги на ширине плеч, руки опущены. Дотронуться правой рукой до поднятого левого колена, вернуться в И.п., затем сзади дотронуться левой рукой до правой пятки (согнутая в колене правая нога отводится назад). Вернуться в И.п. Повторить соответственно для левой руки и правого колена и правой руки и левой пятки. Повторить весь цикл 3 раза.



- *«Ходит свинка по бору,*
- *Рвет траву – мураву.*
- *Она рвет и берет*
- *И в корзиночки кладет.*
- *Этот выйдет,*
- *Вон пойдет!»*

Опыт включения представленных в работе упражнений в систему психолого-педагогического сопровождения младших школьников с ЗПР показывает значительное усиление ее эффективности. Учащиеся становятся активнее, самостоятельнее, успешно включаются в процесс развития пространственных представлений и постепенно преодолевают трудности оперирования пространственной информацией.

Литература

1. Азина Е.Г. Логопедическое сопровождение младших школьников с ЗПР на основе использования фольклорного материала: Учебное пособие / Е.Г. Азина. – М.: Гуманитарный изд. Центр ВЛАДОС.- 2015. – 88 с.
2. Дунаева З.М. Формирование пространственных представлений у детей с задержкой психического развития /З.М.Дунаева // Дефектология. – 1980. - № 4. – С. 27 – 34.
3. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста/ А.В.Семенович. – М.: Генезис, 2005. – 276 с
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие / А.В. Семенович. – 5-е изд. - М.: Генезис, 2012. – 474 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУЕВЕРНОСТИ И ВЕРЫ В ПАРАНОРМАЛЬНОЕ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Акбирова Р.Р.¹, Сибгатуллина Л.Р.²

**¹ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,
г. Казань, Россия**

**²Казанское высшее танковое краснознаменное командное училище, г.
Казань, Россия**



Социологические исследования, проводимые в последние десятилетия, показывают, что значительная часть населения России (различные демографические группы) верят в паранормальные явления, соблюдают различные ритуалы, обращаются за помощью к колдунам, предсказателям, экстрасенсам. Это явление достаточно распространено как среди здоровых людей, так и больных с невротическими и депрессивными расстройствами. В исследовании применялись следующие методики: «Шкала веры в паранормальное» Дж. Тобасика, опросник «Суеверности» И.Р. Абитова. Результаты исследования показали, что больные с невротическими и депрессивными расстройствами в большей степени привержены традиционным религиозным догматам и вере в спиритизм, а также более суеверны.

Ключевые слова: суеверность, вера в паранормальное, невротические расстройства, депрессивные расстройства.

Comparative analysis of superstition and paranormal beliefs of the healthy people and patients with neurotic and depressive disorders

Akbirova R.R., Sibgatullina L.R.

The sociological studies carried out during the recent decades show that the large part of the population in Russia (various demographic groups) believe in the paranormal, observe different rituals, turn to wizards, fortune-tellers, healers and psychic mediums for help. This phenomenon is quite common among both healthy people and patients with different mental disorders. The research methodology of the study consists of the "Paranormal Belief Scale", the "Superstitiousness Inventory". The results of the research showed that patients with neurotic and depressive disorders are more committed to traditional religious dogmas and beliefs in spiritualism, as well as more superstitious.

Keywords: superstitiousness, beliefs in the paranormal, neurotic disorders, depressive disorders.

Исследованием суеверности и суеверий занимаются такие ученые как Н.Н. Измоденова, Ю.В. Саенко, М.Ю. Строгальщикова и др. [1,3, 4]

Н.Н. Измоденова указывает на то, что суеверия относятся к социальным представлениям или к формам коллективного сознания, которые формируются в процессе совместной жизнедеятельности людей. Суеверия понимаются ею как предрассудки, представляющие собой веру в какие-либо потусторонние силы, содержащие допущение, часто неосознанное, что от этих сил можно найти защиту или достигнуть с ними приемлемого для человека компромисса.



По мнению автора, суеверия как правило, проявляют себя на поведенческом уровне в редуцированных обрядовых формах: использовании талисманов, татуировке, магических жестах и пр. Также к суевериям относится вера в приметы, когда определенным событиям приписывается прогностическое значение [1].

Ю.В. Саенко предлагает выделять 3 аспекта суеверий когнитивный, аффективно-мотивационный и поведенческий. Когнитивный компонент суеверия включает в себя познавательные процессы, направленные на распознавание и категоризацию незнакомых событий и ситуаций, а также предвидение возможных последствий встречи с ними и построение стратегии поведения по отношению к данным событиям и ситуациям. Аффективно-мотивационная составляющая суеверий представлена эмоциональными состояниями, испытываемыми по поводу потенциально опасных или желаемых явлений, отражающих актуальные потребности человека. Поведенческий компонент суеверий включает в себя ритуальные символические действия, призванные защитить человека при появлении угрозы, вызвать желаемое событие или предотвратить нежелательное [3].

По мнению Ю.В. Саенко, в основе суеверий лежат разнообразные иррациональные страхи. Следуя приметам человек стремится защитить свое самосознание и эмоциональную сферу от вторжения тревоги и страха. Поведенческий компонент суеверий состоит в том, что суеверные представления выступают в качестве регулятора поведения человека в социуме и в «мире вещей». По результатам исследования, проведенного Ю.В. Саенко на студенческой выборке, суеверность связана с такими характеристиками личности как тревожность и экстернальный локус контроля. Чем более тревожен человек, чем более выражено у него стремление относить причины своих успехов и неудач к внешним влияниям, тем более он суеверен. По мнению Ю.В. Саенко, суеверность – одна из форм, которую может принимать тревожность, на ряду с невротическими симптомами и религиозностью [3].

М.Ю. Строгальщикова приходит к выводу о том, что вера в сглаз является одной из разновидностей атрибуции неудачи и выполняет защитную функцию в жизни человека (поддержание самооценки, снижение тревожности и пр.) [4].

В.Д. Менделевич, описывая личность «потенциального невротика», обращает внимание на его ригидность, прогностическую некомпетентность. В качестве одной из основных причин неспособности прогнозировать последствия своего поведения и возможные негативные события в будущем, указывается закрепление в процессе семейного воспитания и «цементирование» народными традициями в виде пословиц и поговорок психологического стереотипа – запрета на прогнозирование отрицательного исхода событий [2].



Еще одной чертой характера, способствующей психологической дезадаптации является безответственность, склонность приписывать причины своих переживаний и поступков внешним факторам (действиям окружающих людей, стечению обстоятельств и т.д.). Учитывая вышесказанное, мы поставили перед собой цель исследовать некоторые психологические особенности больных с невротическими и депрессивными расстройствами. Мы сосредоточили свое внимание на таких психологических особенностях как суеверность и вера в паранормальное. Для изучения личностных особенностей мы использовали пятифакторный личностный опросник «Большая пятерка», для выявления верований испытуемых - шкалу веры в паранормальное Дж. Тобасика и для выявления выраженности суеверности – авторский опросник И.Р. Абитова. В исследовании приняло участие 60 испытуемых. В экспериментальную группу вошли 30 испытуемых с невротическими и депрессивными расстройствами, проходящих лечение в психотерапевтическом отделении ГАУЗ «Городская поликлиника №18» г. Казани. Контрольную группу составили 30 испытуемых, не имеющих в анамнезе психических расстройств данного типа. Все полученные данные были проверены на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. Было выяснено, что полученные данные подчиняются закону нормального распределения. В связи с этим для выявления различий между исследуемыми группами был использован параметрический метод расчета t-критерия Стьюдента.

Было выявлено, что у испытуемых с невротическими и депрессивными расстройствами наблюдается более высокая выраженность традиционных религиозных верований ($p \leq 0,001$; $t = -1,935$). Больные испытуемые в большей степени, чем здоровые привержены традиционным религиозным догматам, таким как существование всемогущего Бога, дьявола, рая и ада. Также больные испытуемые более подвержены вере в спиритизм ($p \leq 0,01$; $t = -0,505$), то есть в мистическую возможность общения с духами умерших при помощи различных внешних приемов. Испытуемые с невротическими и депрессивными расстройствами более суеверны, чем здоровые испытуемые ($p \leq 0,01$; $t = -1,103$). Больные испытуемые в большей степени, чем здоровые верят в приметы и используют их в своей жизни.

Обнаруженные различия, на наш взгляд, обусловлены особенностями течения болезни и ее влиянием на различные сферы жизни больных. Так, больные с невротическими и депрессивными расстройствами подвержены принимать трудные жизненные ситуации как нечто неизбежное, непреодолимое, независящее от них, и это затрудняет процесс прогнозирования и возможности корректирования ими своего поведения для выхода из них.

Таким образом, в процессе исследования нами были обнаружены психологические особенности больных с невротическими и депрессивными



расстройствами, проявляющиеся в большей приверженности традиционным религиозным догматам и спиритизму, а также большей суеверности. На наш взгляд, особенности, описанные выше, обусловлены данными психическими расстройствами.

Литература

1. Измоденова Н.Н. Суеверия как способ жизнедеятельности образованных групп населения /Н.Н.Измоденова // Труды Кольского научного центра РАН. 2013. № 6 (19). -С. 20—35.
2. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза /В.Д. Менделевич.– Казань: Медицина,- 2011.-456 с.
3. Саенко Ю.В. Психологические аспекты изучения суеверий/ Ю.В.Саенко // Вопросы психологии. - 2006.- №6.- С. 85 -97.
4. Строгальщикова М.Ю. Социально-психологические особенности феномена суеверия: автореф. дисс канд. психол. наук. Москва. 2012. -23 с.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Акименко А.К.

**Саратовский национальный государственный университет им. Н.Г.
Чернышевского, г. Саратов, Россия**

Проведен обзор исследований, направленных на выявление психологических особенностей ВИЧ-инфицированных. Выявлено, что психологический статус ВИЧ-инфицированных совмещает в себе своеобразие индивидуально-психологических свойств и социально-психологических характеристик. Показано, что среди множества проблем, с которыми сталкиваются ВИЧ-инфицированные, особую значимость представляют трудности социально-психологической адаптации к диагнозу и к соответствующим изменениям в жизни.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные, свойства личности, социально-психологическая адаптация, стратегии совладания

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PERSONS

A.K.Akimenko



The article reviews the research aimed at revealing the psychological characteristics of HIV-infected people. It was revealed that the psychological status of HIV-infected combines the uniqueness of individual psychological properties and socio-psychological characteristics. It is shown that among the many problems that HIV-infected people face, the difficulties of socio-psychological adaptation to the diagnosis and to corresponding changes in life are of particular importance.

Key words: HIV-infected, personality traits, socio-psychological adaptation, coping behavior

В связи с высокими темпами распространения ВИЧ-инфекции в мире перед психологами встает ряд вопросов, связанных с процессом адаптации ВИЧ-инфицированных к диагнозу и болезни. Для успешного решения данной проблемы, прежде всего, необходимо системное знание о психологических характеристиках ВИЧ-инфицированных (как индивидуально-психологических, так и социально-психологических) с тем, чтобы направить полученные данные на оказание помощи на этапах социально-психологической адаптации индивида к самому факту вирусносительства, преодоления жизненного кризиса, мобилизации ресурсов и формулировании паттернов дальнейшего совладающего поведения.

Проведенный анализ психологических работ позволил выделить ряд исследований, посвященных проблеме социально-психологических свойств ВИЧ-инфицированных. Так О.В Шаргородская, обобщая опыт зарубежных и отечественных исследований по данной проблематике, выделяет особенности ВИЧ-инфицированных, проявляющиеся в сфере межличностных отношений и общения. К ним относится нарушение межличностных отношений с преобладанием одной из тенденций: а) повышение агрессивности, в основе которой, как правило, лежит обида («Почему именно со мной это произошло?») и соответствующие тенденции к мести; б) замкнутость и недостаток социальных навыков [1]. Повышенная агрессивность и враждебность людей, живущих с ВИЧ, по отношению к окружающим продемонстрирована в исследовании, выполненном в гендерном аспекте под руководством Т.Н. Ткаченко. Так, превалирование вербальной агрессии (по сравнению с выборкой здоровых людей) свойственно всем ВИЧ-инфицированным, независимо от пола. Однако у ВИЧ-инфицированных мужчин констатируется более высокий уровень физической агрессии и враждебности в целом. В то время, как у ВИЧ-инфицированных женщин, по сравнению со здоровыми, обнаружены статистически значимые различия по наличию чувства вины [2, с. 74].



Особенности межличностных отношений людей, живущих с ВИЧ, в контексте проблемы их одиночества рассматривают в своей работе Т.Л. Крюкова и О.В. Шаргородская. Результаты исследования свидетельствуют о том, что ВИЧ-инфицированные ощущают социальную изолированность и отгороженность от общества. Однако ощущение «эмоционального одиночества» для субъектов не свойственно. По мнению исследователей, данный факт объясняется высоким уровнем контроля над эмоциональными переживаниями и нарастанием алекситимии. Высокий же уровень социального одиночества может быть объяснен умышленным дистанцированием субъектов от окружающих по причине разглашения их диагноза [1, с. 209].

Что же касается ценностно-смысловой сферы, то ее конструкты претерпевают у ВИЧ-инфицированных существенные изменения. Так, смысл жизни по Д.А. Леонтьеву, представляет собой «концентрированную описательную характеристику наиболее стержневой и обобщенной динамической смысловой системы, ответственной за общую направленность жизни субъекта как целого» [3, с. 250] и включает смысложизненные ориентации и внутренний локус контроля. Субъективное значение смысловой сферы определяется тем, что она обуславливает процесс саморегуляции личности, базирующийся на системе ценностей, значимых отношений, сформировавшихся в ходе жизненного пути. Р.М. Воронин полагает, что изменение смысловой сферы ВИЧ-инфицированных наиболее значимо происходит сразу после подтверждения диагноза, а также при прогрессирующей форме заболевания [4]. Именно в эти периоды больные особо нуждаются в психологической поддержке. Системная работа в данном направлении позволяет корректировать негативные формы социального поведения инфицированных, включая преднамеренное распространение ВИЧ-инфекции, аутоагрессию и агрессию.

Изменения также касаются и иерархии личностных ценностей, образующих ядро смысловой сферы личности. Для ВИЧ-инфицированных максимальную значимость приобретают ценности, которые обеспечивают биологическое (индивидуальное) существование человека. Ценности же, отражающие деятельную и социальную составляющую, отходят на задний план. По мнению Г.К. Корнеевой, данный факт объясняется тем, что осознание неизлечимости заболевания формирует у больного парадигму выживания [5].

Специфика локуса контроля у ВИЧ-инфицированных представлена в работе Н.В. Яковлевой. Отметим, что понятие «локус контроля» было введено в психологию Дж. Роттером. Данный личностный конструкт характеризует склонность человека приписывать ответственность за происходящие в его жизни события и результаты деятельности внешним обстоятельствам (экстернальный локус контроля) или же собственным усилиям и способностям



(интернальный локус контроля). По мнению исследователя, по сравнению с группой условно здоровых людей, у ВИЧ-инфицированных снижена личная ответственность за происходящее (интернальность). Уровень же экстернальности (приписывания ответственности за происходящее внешнему миру, судьбе, случаю) ВИЧ-инфицированных не имеет статистически значимых различий с выборкой здоровых людей. На основании полученных результатов Н.В. Яковлева делает вывод, что при контроле поведения у ВИЧ-инфицированных меньше психологических ресурсов саморегуляции, чем у здоровых людей. По ее мнению, локус контроля смещается в область групповой ответственности и социальных норм [6, с. 61].

В своем исследовании Е.С. Гумирова анализирует жизненные стратегии ВИЧ-инфицированных. Под жизненной стратегией понимается основная линия жизни, выбранная человеком, исходя из его представлений о ценностях, смысле жизни и образе будущего, а также из оценки своего потенциала и ресурсов. В этой связи установление ВИЧ-положительного статуса «воспринимается как жесткий приговор и вызывает одновременно формирование стигмы и страха дискриминации» [7, с. 38]. Все это, безусловно, отражается на ценностях личности, ее жизненных целях и планах на будущее. Испытывая неприязнь со стороны других людей, ВИЧ-инфицированные вынуждены прорабатывать такие жизненные стратегии, которые ориентированы на «управление стигмой», «изменение поведения в отношении ВИЧ-инфицированных».

Еще одну социально-психологическую характеристику личности – субъективное благополучие ВИЧ-инфицированных анализируют в своей работе Р.М. Гимаева и В.В. Карпункова [8]. Субъективное благополучие личности Р.М. Шамионов определяет как эмоционально-оценочное отношение человека к своей личности, межличностным взаимоотношениям и жизненным процессам, имеющим важное для него значение с точки зрения нормативных социальных представлений и собственных ценностно-смысловых детерминант, и характеризующееся состоянием субъективной удовлетворенности [9]. Авторы проводят сравнительное исследование специфики субъективного благополучия двух групп испытуемых: ВИЧ-инфицированных респондентов и группы больных другим неизлечимым недугом, который также приводит к летальному исходу (хроническая обструктивная болезнь легких). По результатам исследования обнаружено, что ВИЧ-инфицированные имеют более низкие показатели субъективного благополучия по всем сферам, нежели респонденты контрольной группы. Это касается как когнитивного (удовлетворенности жизнью), так и эмоционального компонента субъективного благополучия.

Обобщая результаты исследований, направленных на выявление психологических особенностей личности ВИЧ-инфицированных, можно сказать, что их психологический статус совмещает в себе как индивидуально-



психологические, так и социально-психологические характеристики их личности. Резюмируя накопленные в научной литературе эмпирические данные можно составить «усредненный портрет» субъектных характеристик лиц с ВИЧ-инфекцией. Так среди индивидуально-психологических особенностей выделяют: высокий уровень нейротизма; акцентуированность характера по типу пассивно-агрессивного, навязчиво-принудительного, депрессивного и активного (на грани срыва); наличие депрессивного и тревожного синдрома (высокий уровень ситуативной и личностной тревожности); подозрительность; импульсивность поведенческих проявлений; мнительность и тотальное беспокойство; раздражительность; неуверенность в себе; эмоциональный дискомфорт. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных характеризуются наличием высокого уровня социального одиночества; изменением иерархии личностных ценностей; нарушением межличностных отношений и общения с преобладанием тенденций к агрессивности, враждебности и мести, основанных на обиде, замкнутости и недостатке социальных навыков. Кроме того, у больных констатируется сужение и фрагментация временной перспективы личности; снижение интернального локуса контроля; стойкое ощущение собственного неблагополучия как на когнитивном, так и на эмоциональном уровнях. В аспекте индивидуально-дифференцированного подхода необходимо учитывать выделенные субъектные характеристики личности ВИЧ-инфицированных при подготовке адаптивных программ, способствующих гармонизации их личностной сферы, нормализации уровня самооценки, формированию адекватных стилей поведения в социуме

Литература

1. Крюкова Т.Л. Одиночество ВИЧ-инфицированных людей как фактор, препятствующий совладанию с болезнью/ Т.Л. Крюкова, О.В. Шаргородская // Ярославский педагогический вестник.- 2015.- № 3.- С. 205-210.
2. Ткаченко Т.Н. Психологический статус и поведенческие реакции у ВИЧ-инфицированных людей / Т.Н. Ткаченко, Б.Б.Фишман, Л.А.Фоменко, Е.П. Леонтьева /ВИЧ и психическое здоровье. Под ред. Н.А. Белякова и В.В. Рассохина. Медицинский тематический архив. СПб: Балтийский медицинский образовательный центр.- 2013. -С. 70-76.
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности/ Д.А.Леонтьев 2-е, испр. изд. М.: Смысл.- 2003. -487 с.
4. Воронин Р.М. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных осужденных / Воронин Р.М. //Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». № 3 (6). 2014. [электронный



ресурс]. URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=21838942> (дата обращения 21.05.2017).

5. Корнеева Г.К. Психологические особенности смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Рязань. 2004. - 22 с.

6. Яковлева Н.В. Совершенствование методов профилактики ВИЧ-инфекции на основе изучения психологического статуса больных СПИДом / Н.В.Яковлева // Прикладная юридическая психология № 3. - 2009. -С. 53-64.

7. Гумирова Е.С. Вопросы изучения жизненных стратегий ВИЧ-инфицированных / Е.С. Гумирова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Социальные науки. -2010.- № 4 (20).- С. 32-39.

8. Гимаева Р.М. Особенности социально-психологической адаптации у ВИЧ-инфицированных лиц /Р.М. Гимаева, В.В. Карпункова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 17. С. 282-287. [электронный ресурс]. URL: <http://e-koncept.ru/2016/46234.htm>. (дата обращения 18.04.2017).

9. Шамионов Р.М. Этнокультурные факторы субъективного благополучия личности / Р.М. Шамионов // Психологический журнал.- 2014. -Т. 35. -№ 4.- С. 68-81.

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ СПРОБЛЕМАМИ В ОБУЧЕНИИ И ПОВЕДЕНИИ

Базарова С.В.

МКУ ЦППМСП «Гармония» г. Курск, Россия

В статье представлен опыт работы муниципального казенного учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Обобщен опыт организации коррекционно-развивающей работы с детьми, испытывающими трудности в обучении и развитии. Приводятся причины обращений родителей в психологический центр. Особое внимание уделяется вопросам взаимодействия психолога центра с детьми и их родителями. Подробно рассматриваются особенности индивидуальной работы с детьми и их родителями.

Ключевые слова: психологическая помощь, коррекционно-развивающая работа, проблемы обучения

THE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CHILDREN WITH SPECIAL DEVELOPMENTAL NEEDS



Bazarova S.V.

The work experience of the educational organisation for children in need of psychological and social assistance was presented in this article. There is the generalization of the experience in the remedial education for children with special developmental needs. The reasons for parents' appeals to the centre of psychological help are given here. The special attention is given to the interaction between the psychologist and the children with their parents. The features of individual work with children and their parents are considered in details in this article.

Key words: psychological support, correction and developing work, problem your

Более двадцати пяти лет в Курске существует муниципальное казенное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Гармония» (далее ППМС-центр). Согласно «Положению о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации» от 22 октября 1999 года № 636, педагог-психолог оказывает первичную помощь участникам образовательного процесса, а специализированная помощь оказывается учреждениями, предназначенными для углубленной специализированной помощи детям, имеющим проблемы в обучении, развитии и воспитании, психологическими и медико-педагогическими комиссиями, ППМС-центрами [3].

ППМС-центр «Гармония» оказывает разнообразную квалифицированную помощь детям, начиная с рождения и до 18 лет с различными нарушениями развития, поведенческими и личностными проблемами. Психологическая помощь детям, испытывающим трудности в обучении и развитии включает следующие виды деятельности: диагностика уровня психического развития и отклонений в поведении детей; психологическое консультирование; психологическая коррекция и развитие - устранение или компенсация выявленных отклонений в развитии обучающихся, воспитанников со стойкими затруднениями в освоении образовательной программы.

Чаще всего в ППМС-центр «Гармония» обращаются родители с детьми дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста по направлению педагогических и медицинских работников. Основными запросами родителей являются: низкая мотивация учения; недостаточный уровень развития произвольности; неуспеваемость; конфликтные отношения с учителями и сверстниками; нарушения личностного развития (проблемы с поведением, общением) и нарушения психического развития (расстройства со стороны интеллекта, памяти, внимания и т. д.).



Вся работа психолога строится на личностно-ориентированном подходе и направлена на достижение ребенком такого уровня психического развития, при котором возможна успешная социализация в детском саду и школе. Поэтому основной задачей психолога является помочь раскрыть имеющийся потенциал ребенка и не допустить превращения недостатков развития в проблему. Для этого психолог проводит углубленную диагностику, позволяющую выявить различного вида трудности, связанные с учебной или процессом адаптации к детскому коллективу. По результатам диагностики психолог предлагает индивидуальную коррекционно-развивающую программу с ребенком, в ходе которой совместно с родителями анализируются не только трудности обучения, но причины социальной дезадаптации.

Индивидуальные занятия проводятся в игровой форме в соответствии с возрастом детей и включают методики, направленные на стимуляцию личностного развития [1]. Использование специально подобранных игр и упражнений способствует формированию психологических качеств, свойств, состояний, необходимых для успешного обучения.

В начале индивидуальной работы психолог предупреждает клиента (ребенка, родителя) о том, что эффект от психологического вмешательства зачастую бывает отсрочен и в определенных случаях достигается только при модификации условий жизни ребенка.

При планировании коррекционно-развивающих занятий с детьми дошкольного и младшего школьного возраста психологи используют: психогимнастику, арттерапию, конфликтологию, релаксацию, музыкальную психотерапию, игротерапию поведения, сказкотерапию, психологическую диагностику, библиотерапию (работа с притчами, рассказами и т.п.), изотерапию (рисование страхов, пальцевая живопись и т.п.) [2].

Содержательную часть индивидуальной работы условно можно разбить на следующие этапы: ритуал приветствия, разминка с использованием психотехнических упражнений; игры-задания по развитию познавательных процессов или отработка навыков социального поведения; домашнее задание; ритуал прощания. Критерием успешности занятия может служить эмоциональное состояние ребенка. Психолог постоянно наблюдает за тем, вызывает ли задание удовольствие у ребенка (в том числе и удовольствие от преодоления препятствий), а также за тем, соответствуют ли требуемые волевые усилия его возможностям в данный момент. Наблюдая за тем, как ребенок выполняет различные задания, психолог обращает внимание на ошибки и промахи, обучает правильным приемам работы, а родителей (желательно их присутствие на занятиях) - способам контроля. Продолжительность подобных занятий - от 2 до 6 месяцев, 1- 2 раза в неделю по 30 - 45 минут. Сигналом к прекращению занятий может служить



изменившееся отношение к ним детей и полученный коррекционный результат. Как правило, в результате проведенной работы у детей повышается мотивация к учению, развивается произвольность психических функций - памяти, внимания, мышления, совершенствуются коммуникативные умения. Причем мы отслеживаем динамику личностного развития детей посредством постоянной обратной связи с родителями и школьными психологами образовательных учреждений. В большинстве случаев педагог-психолог школы подтверждает успешность в развитии детей через уровень или качество социально-психологической адаптации ребенка в образовательной среде.

В процесс терапии и коррекции вовлекаются родители (если это необходимо), которые всегда могут получить психологическую консультацию по работе с проблемой ребенка. Психолог информирует родителей об особенностях развития ребенка, о вероятностном прогнозе развития и предлагает конкретные рекомендации. Активное привлечение родителей и всей системы отношений ребенка с близкими взрослыми, являются важнейшим компонентом социальной ситуации развития ребенка, что во многом определяют зону его ближайшего развития.

Совместная работа с детьми и их родителями направлена на формирование навыков взаимодействия с детьми и сотрудничества со взрослыми, снятие эмоционального напряжения, ознакомление с социальной ситуацией развития ребенка, выработку уверенного поведения.

Эффективность психологического консультирования родителей достигается лишь через изменение жизненных отношений ребенка, что требует от взрослых изменения типа семейного воспитания, отказа от своих вредных привычек и привязанностей.

Организованная таким образом психологическая помощь детям проблемами в обучении и поведении в условиях ППМС-центра «Гармония» способствует сохранению их психического здоровья и дальнейшей социализации.

Литература

1. Ануфриева А.Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей/ А.Ф. Ануфриева, С.Н. Костромина. М.: Изд-во «Ось-89».- 2003. - 272 с.
2. Битянова М.Р. Работа психолога в начальной школе / М.Р. Битянова, Т.В.Азарова, Е.И.Афанасьева, Р.Л. Васильева.- М.: «Совершенство».- 1998. - 352 с.
3. Положение о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации. Приказ от 22 октября 1999 года N 636



[Электронный ресурс] <http://минобрнауки.рф/документы/8022> (Дата обращения 30.10.2017).

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Баксанский О.Е., Скоробогатова А.В.

Московский педагогический государственный университет, г. Москва, Россия

В статье представлен анализ подходов к определению ментальных образов человека, которые лежат в основе механизмов культурного научения. Схожие представления проявляются у множества людей, как в случае эпидемии. Стереотипные убеждения эмпирическим путем не опровергаются. Можно указать когнитивные процессы, которые уводят человека от четких и обоснованных убеждений и аргументов: эффект консенсуса, эффект ложного консенсуса, эффект создания, иллюзия памяти, искажение отслеживания источников, склонность к подтверждению своей точки зрения, снижение когнитивного диссонанса.

Ключевые слова: культурное научение, когнитивные репрезентации, ментальный образ, стереотип

HEALTH PSYCHOLOGY: A PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH

Baksanskiy O. E., Skorobogatov A. V.

The article presents the analysis of modhow to the definition of mental images of a person, which underlie the mechanisms of cultural learning. Similar ideas appear in many people, as in the case of an epidemic. Stereotypical beliefs are empirically not refuted. You can specify the cognitive processes that lead the man away from clear and reasoned beliefs and arguments: the consensus effect, false consensus effect, the effect of creating the illusion of memory, distortion of the tracking sources, a tendency to confirm our point of view, the reduction of cognitive dissonance.

Keywords: cultural learning, cognitive representation, a mental image, a stereotype

Ричард Докинз описал культуру как популяцию мемов – самокопирующихся репликаторов, аналогичных генам. Мемы это единицы культурной информации: понятия, ценности, истории и т.п., подвигающие человека на то, чтобы действовать и говорить определенным образом, который,



в свою очередь, побуждает других хранить в памяти «реплицированную» версию этих мысленных единиц.

Представление о культуре как об огромном наборе самокопирующихся программ заманчиво, но это лишь отправная точка. Чем одни мемы лучше других? Необходимо принимать во внимание возможные искажения, ибо культурные мемы подвергаются мутации, рекомбинации и селекции в сознании каждого человека в такой же степени и с такой же частотой, как и во время передачи от одного носителя к другому. Мы не просто передаем информацию, мы обрабатываем ее и на ее основе создаем новую, часть из которой сообщаем другим.

В основе наших представлений лежат шаблоны. Шаблон функционирует как рецепт, так что его можно назвать «рецептом для создания новых понятий». Шаблонов меньше, чем понятий, шаблоны более абстрактны и служат для организации понятий.

Шаблоны представляют собой одно из средств, благодаря которым у разных людей возникают схожие образы, несмотря на отсутствие канала передачи информации из одного сознания в другое.

Для анализа распространения шаблонов Дэн Спербер разработал эпидемиологическую концепцию механизмов культурного научения. В человеческом сознании присутствует огромное количество ментальных образов, большинство из них индивидуальны, но какие-то имеют схожий вид у различных индивидов. Схожие представления проявляются у множества людей, как в случае эпидемии. Разные люди извлекают схожие представления из общедоступных – поведения, жестов, высказываний, предметов и т.п.

Разобраться в человеческих стереотипах – значит, разобраться в определенном виде ментальной эпидемии, в результате которой у людей складываются на основе варьирующейся информации довольно схожие формы понятий и норм.

Для этих представлений существуют свои шаблоны. В сознании людей имеются «рецепты», по которым создаются религиозные представления путем умозаключений на основе данных, почерпнутых от других людей и из опыта. Стереотипные представления могут иметь приблизительное сходство, даже если конкретные данные, на основе которых они возникли, у разных людей сильно отличаются.

Стереотипы – это явление культуры, люди перенимают ее от других – как предпочтения в еде, вкусе, чувстве меры и т.п.

Но при этом возникает вопрос – почему люди верят? Но к нему бессмысленно обращаться без ответа на другой вопрос – во что именно люди верят? Сложность состоит в том, что далеко не все религиозные представления прозрачны и наблюдаемы.



Строить планы, выдумывать, размышлять не только о данном, но и о вероятном - отличительные свойства разума человека. Из огромного количества информации, которой мы обмениваемся, какие-то сообщения завладевают нашим вниманием, поскольку нарушают интуитивные представления о предметах и существах окружающего нас мира. Эти противоестественные образы склонны закрепляться в памяти и могут служить подходящим материалом для интересных сюжетов. Какие-то из этих сюжетов особенно привлекают внимание, поскольку открывают простор для возможных умозаключений. В нашем сознании имеются системы логического вывода, которые постоянно производят различные умозаключения. Человек может комбинировать свои интуитивные понятия с представлениями о том, что такие сущности действительно обладают сведениями о релевантных аспектах его собственных действий и действий окружающих по отношению к нему. При таком восприятии эти сущности легче связать с выраженными случаями бед и несчастий, поскольку человек предрасположен рассматривать свои беды как социальные невзгоды, следствие чьих-то враждебных действий, а не сугубо физическими процессами. Поэтому таким сущностям начинают приписывать могущественные, сверхъестественные способности, с помощью которых они могут навлечь не человека несчастья, что придает им дополнительную значимость. Так и возникают религиозные представления со свойственными им ритуалами, обрядами и служителями культа как связующего звена с этими сверхъестественными сущностями.

Какие же выводы можно сделать о соотношении научного и обыденного подходов к описанию окружающей нас реальности.

Новая научная картина мира складывается в естествознании XXI в. –

- аналитический подход к познанию структуры материи сменился синтетическим, доминируют междисциплинарные исследования, растет их многообразие;
- они берут на себя интегративные функции по отношению к отдельным наукам; сближаются науки об органической и неорганической природе, интеграция наук приобретает трансдисциплинарный характер;
- дифференциация из особого направления эволюции науки становится моментом доминирующего в ней интеграционного процесса;
- процессы дифференциации и интеграции сливаются в единый интегрально-дифференциальный синтез [10]; усиливается взаимодействие между внешними и внутренним единством науки, часто они становятся неразличимыми. Такая парадигма научного знания может быть названа конвергентной [3, 6, 7].



Стереотипные убеждения эмпирическим путем не опровергаются. Можно указать когнитивные процессы, которые уводят человека от четких и обоснованных убеждений и аргументов:

- Эффект консенсуса – человек склонен подгонять свое описание событий под чужие описания.
- Эффект ложного консенсуса – в противоположность первому человек проецирует свои впечатления на остальных, ошибочно полагая, что эта реакция идентична.
- Эффект создания – самостоятельно сгенерированная информация запоминается лучше, чем воспринятая.
- Иллюзия памяти – ложные воспоминания, которые воспринимаются как что-то действительно виденное или слышанное.
- Искажение отслеживания источников – при некоторых обстоятельствах человек склонен путать источники информации.
- Склонность к подтверждению своей точки зрения – анализируя гипотезу, человек замечает и вспоминает подтверждающие ее данные, гораздо хуже обращая внимание на противоречащие.
- Снижение когнитивного диссонанса – человек склонен подгонять хранящиеся в памяти убеждения и впечатления под новые данные. Если же его впечатления изменяются под влиянием новой информации, то человек будет думать, что именно такое впечатление у него сложилось изначально, даже если прежде оно было противоположным.

Современные психотерапевтические техники должны принципиально быть междисциплинарным и конвергентным, базирующимся на когнитивных технологиях, предлагая многовекторные выборы альтернативных картин мира.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, грант № 15-03-00034а.

Литература

1. Баксанский О.Е. Когнитивные репрезентации: обыденные, социальные, научные/ О.Е. Баксанский. – М., 2009.
2. Баксанский О.Е. Методологические основания модернизации современного образования /О.Е. Баксанский // Философия и культура.- 2012.- № 9.- С. 105-111.
3. Баксанский О.Е. Физики и математики: анализ основания взаимоотношения/ О.Е. Баксанский – М.- 2009.



4. Баксанский О.Е. Философия, образование и философия образования /О.Е. Баксанский // Педагогика и просвещение.- 2012.- № 2.- С. 6-19.
5. Баксанский О.Е. Естествознание: современные когнитивные концепции / О.Е. Баксанский, Е.Н. Гнатик, Е.Н.Кучер.– М.- 2008.
6. Баксанский О.Е. Нанотехнологии. Биомедицина. Философия образования в зеркале междисциплинарного контекста/ О.Е. Баксанский, Е.Н. Гнатик, Е.Н. Кучер. – М.- 2010.
7. Баксанский О.Е. Когнитивно-синергетическая парадигма НЛП: от познания к действию/ О.Е. Баксанский, Е.Н.Кучер – М.- 2005.
8. Баксанский О.Е. Когнитивный образ мира: пролегомены к философии образования/ О.Е. Баксанский, Е.Н.Кучер – М.- 2010.
9. Буайе П. Объясняя религию. Природа религиозного мышления П. Буайе.- М.: Альпина нон-фикшн.- 2017.- 496 с.
10. Джеймс У. Многообразие религиозного опыта/ У. Джеймс. Пер. с англ. В. Г. Малахеевой-Мирович и М. В. Шик - М. : Наука.- 1993. - 431 с.

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В УЛУЧШЕНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Белозеров Б.Г., Ярославская М.А.

**Центральная клиническая психиатрическая больница Московской
области, г. Москва, Россия**

Приверженность антипсихотической фармакотерапии играет ключевую роль в наступлении ремиссии у больных шизофренией. Регулярный прием лекарств снижает показатели рецидивов. Авторами статьи на основании своего клиничко-психологического опыта обсуждается роль методов психологической интервенции в улучшении приверженности к лечению у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Ключевые слова: приверженность, адаптация, шизофрения

METHODS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN IMPROVING ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Belozerov B. G., Yaroslavskaya M. A.



Adherence to pharmacotherapy plays a key role in the onset of remission in patients with schizophrenia. Regular use of drugs reduces relapse rates. The authors of the article, based on their clinical and psychological experience, discuss the role of methods of psychological intervention in improving adherence to treatment in patients with schizophrenic disorders.

Keywords: adherence, adaptation, schizophrenia

Одним из ведущих факторов, влияющих на успешную психосоциальную адаптацию больных шизофренией, является их уровень приверженности лечению [3], имеющий важное значение в облегчении психотических симптомов [2]. Длительная продолжительность приема препаратов, их серьезные побочные эффекты, отсутствие социальной и семейной поддержки [1], недостаточная критичность к своему состоянию, отсутствие понимания важности своевременного и систематического приема лекарств являются наиболее распространенными причинами низкой приверженности к терапии у больных шизофренией [4]. По оценкам специалистов, около 50% психиатрических пациентов не принимают препараты уже через пол года после назначения терапии [5]. Важно понимать, что несоблюдение пациентом предписаний врача по отношению к медикаментозной терапии является сложным явлением, а не унитарным понятием. В медицинской практике не существует единого мнения об оптимальном уровне приверженности к лечению, учитывая, что 100% приверженность к терапии редко достигается на практике.

Принимать препараты или нет, сообщать ли об этом психиатру является исключительно добровольным актом, который сложно объективно проверить. Поэтому измерение уровня приверженности к лечению у пациентов представляет собой серьезную проблему.

Опираясь на вышеизложенное, является весьма актуальным поиск внешних и внутренних механизмов, способов повышающих вероятность соблюдения пациентом врачебных медикаментозных предписаний. Методы, используемые в психиатрической практике для повышения приверженности к лечению, включают психологические интервенции.

В рамках психологической реабилитации пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра, наиболее эффективными, по нашему опыту, представляются следующие виды:

Мотивационное интервьюирование, основой которого являются 5 принципов: а) выражать эмпатию через рефлексивное слушание; б) развивать противоречие между целями и ценностями пациента и результатами его нынешнего поведения; в) избегать директивной конфронтации; г) больше понимать и отражать (рефлектировать) сопротивление больного, чем



использовать прямую конфронтацию; в) повышать самооффективность и оптимизм. В мотивационном интервьюировании мы используем более выраженную, чем обычно, структуру сессий в форме «повестки дня» и формате «ask – provide – ask» («вопрос – ответ – вопрос»). В работе с больными шизофренией важно последовательно подчеркивать преимущества приверженности фармакотерапии, обучать распознавать побочные эффекты и адаптироваться к ним, задавать простые вопросы, не требующие работы абстрактного мышления и чрезмерной концентрации внимания.

Обучение пациента социальным навыкам базируется на трех составляющих: получение навыков (социальное восприятие), навыки обработки (социальное познание), и передача информации навыков (поведенческий ответ). По нашему опыту, данный вид психологической интервенции, наиболее эффективен в группах с количеством участников не более 5-8 человек. Он направлен на повышение социальной компетентности пациентов с точки зрения межличностных и коммуникативных навыков, управления заболеванием, реинтеграции в социум.

Когнитивно—поведенческая психотерапия. В данном виде интервенции приверженность к лечению понимается как преодоление поведения, основанного на восприятии пациентом своей болезни и убеждений относительно лекарств. Цель интервенции – помочь пациенту идентифицировать и модифицировать негативные автоматические мысли о лечении. Специалист использует «ориентированные открытия», чтобы укрепить убеждение пациента в том, что прием лекарств связан с сохранением здоровья и достижением целей.

Психообразование членов семьи и пациентов является полезным и эффективным, поскольку поддерживающая семейная среда часто помогает улучшить их функционирование и самоуправление болезнью, тем самым уменьшая вероятность рецидива. Психообразование начинается с предоставления членам семьи информации о заболевании, его влиянии на мысли, эмоции, поведение пациентов. Объясняются нарушения сенсорного восприятия и их влияние на поведение пациента. Т.е дается подробный отчет о симптомах. Далее семья и пациент изучают врачебные предписания. Этот этап включает информацию о медикаментах, его побочных эффектах и о том, как к ним можно адаптироваться, вероятные преимущества медицины, приверженность лечению, важность наблюдения за состоянием, а также информацию о прогнозе заболевания. На третьем этапе, интервенция подчеркивает положительную роль семьи, которую она может сыграть в улучшении состояния пациента. Эта мера помогает семье улучшить свои навыки общения. Другим важным компонентом психообразования является устранение, имеющегося



эмоционального расстройства у родственников. Специалист помогает членам семьи нормализовать эмоциональные реакции, предоставляя информацию по беспокоящим вопросам. Специалист призывает родственников больного разрешать свои собственные потребности и возобновлять свои прежние личные и социальные интересы, что необходимо для их собственного психического здоровья.

«Терапия соответствия» - базируется на нескольких теоретических основах, таких как психообразование, когнитивно-бихевиоральная терапия, мотивационное интервьюирование. Работая в рамках данного подхода, специалист «отражает» негативные убеждения пациента в отношении приема лекарств, выявляет барьеры лечения и разрабатывает индивидуальные стратегии для их преодоления. Подход подчеркивает личный выбор и ответственность пациента за свое состояние, включает в себя методы «решения проблем» и «установления целей». Условно можно разделить его на три фазы, которые вводят последовательно. Первая фаза основана на исследовании предыдущей психиатрической истории болезни пациента и направлена на выявление внешних и внутренних факторов, которые были эффективными или дезадаптивными в прошлом, чтобы помочь с контролем симптомов. Вторая фаза связана с распространенными опасениями, какие пациенты имеют о лекарствах, а также преимуществами и недостатками приема препаратов, а также прекращением их приема. Третий этап связан с долгосрочным предупреждением симптомов и разработкой стратегий по предотвращению рецидивов. На каждом этапе специалист и пациент работают совместно. Благодаря открытому опросу, рефлексивному слушанию и использованию языка пациента, психотерапевт стремится развить у него понимание важности соблюдения врачебных предписаний. Формат терапии обычно предполагает приблизительно 6-8 сеансов, в ряде случаев может быть продлен до 12 сессий.

Литература

1. Gray R., Wykes T., Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. // J Psychiatr Ment Health Nurs. 2002;9:277-284.
2. Kane J.M., Kishimoto T., Correll C.U. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. // World Psychiatry. 2013 Oct;12(3):216-26.
3. White T. Patients with affective disorders admitted to maximum secure care (1999--2003). // Med Sci Law. 2005 Apr;45(2):142-6.



4. Yamada K, Watanabe K, Nemoto N, Fujita H, Chikaraishi C, Yamauchi K, et al. Prediction of medication noncompliance in outpatients with schizophrenia: 2-year follow-up study. // Psychiatry Res. 2006;141:61–69.
5. Zipursky R.B. Why are the outcomes in patients with schizophrenia so poor? // J Clin Psychiatry. 2014; 75 (Suppl 2):20–24

РАЗВИТИЕ ПРОИЗВОЛЬНОГО ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Ближенская Н.В.¹, Кузнецова А.А.², Кулакова Н.И.¹

¹**МБДОУ «Детский сад комбинированного вида №24», г. Курск, Россия**

²**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия**

В статье представлены результаты формирующего эксперимента по развитию свойств внимания у детей дошкольного возраста. Исследование реализовано в несколько этапов. Полученные результаты свидетельствуют о наличии наиболее выраженной, статистически достоверной, положительной динамике свойств внимания, в экспериментальной группе, что может свидетельствовать об эффективности выбранных способах психокоррекционного воздействия.

Ключевые слова: психолого-педагогическое воздействие, дошкольный возраст, внимание, дошкольное образование

SUCCESS CRITERIA LEARNING ACTIVITIES IN ADOLESCENCE

Blezhenskayan N.V., Kuznetsova A. A., Kulakova N.I.

The article considers the psychological-pedagogical criteria of success of training activities. The results of theoretical analysis and empirical research of internal and external criteria of success of training activities in adolescence.

Key words: psychological-pedagogical criteria, adolescence, academic assessment, self-esteem, success, training activities



Высокий интерес учёных к процессу внимания обусловлен тем, что оно обеспечивает избирательность протекания всех психических процессов. Как отмечают многие психологи, оно не является самостоятельным психическим процессом и не относится к свойствам личности. В то же время внимание всегда включено в практическую деятельность и познавательные процессы.

Особенную актуальность и практическую значимость изучение процесса внимания приобретает в дошкольном возрасте в аспекте готовности ребёнка к школьному обучению. Большое внимание уделяется вопросу формирования и развития произвольного внимания, как сознательно направляемого и регулируемого процесса, в котором субъект сознательно избирает объект, на который оно направляется, механизмом выступает волевое действие. Некоторые отечественные исследователи, например, И.Л. Баскакова, Г.В. Петухова считают, что заниматься развитием произвольного внимания необходимо именно в дошкольном возрасте. Ведь именно дошкольный возраст является самым ответственным, но в то же время сенситивным периодом в жизни человека, так как совершенствуются и формируются фундаментальные способности, необходимые для дальнейшего развития. В дошкольном детстве происходят изменения в психическом и физическом развитии ребенка, формируются и совершенствуются все познавательные процессы, необходимые и для развития произвольного внимания [1]. Одним из основных средств развития произвольного внимания детей-дошкольников может стать игра [2].

В отечественной и зарубежной науке проблеме развития внимания в дошкольном возрасте посвящены труды таких научных деятелей, как Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, И.П. Павлов, А.Н. Леонтьев, Н.Ф. Добрынин, П.Я. Гальперин. А в настоящее время данной проблемой занимаются Н.С. Жукова, Т.Б. Филчева, Е.М. Мастюкова.

Так как многие трудности, связанные с низким уровнем развития произвольного внимания проявляются уже в дошкольном возрасте, то и коррекционно-развивающее воздействие целесообразно начинать именно в этот возрастной период.

Целью данной работы являлось исследование влияния психолого-педагогических коррекционных мероприятий на развитие свойств внимания у детей дошкольного возраста.

В эксперименте приняло участие 20 детей в возрасте 5-6 лет. С целью организации формирующего эксперимента были выделены две группы (контрольная (К), экспериментальная (Э)) по 10 человек в каждой.

Исследование реализовано в несколько этапов. На первом этапе проведена психологическая диагностика свойств внимания в двух группах. На втором этапе в экспериментальной группе реализовано психолого-педагогическое воздействие (15 коррекционных занятий, продолжительностью



25-30 минут). На третьем этапе проведена повторная диагностика свойств внимания.

Для исследования свойств внимания использовались следующие методики: «Проставь значки», направленная на исследование переключения и распределения внимания; «Запомни и расставь точки», направленная на оценку объема внимания и «Найди и вычеркни», предназначенная для исследования продуктивности и устойчивости внимания.

При первичной обработке данных у большинства детей (12 человек, что составляет 60%) концентрация, переключение и объем развиты на среднем уровне. Низким уровень выявлен у 4 детей (20%). Высокий уровень имеют 4 ребенка (20% испытуемых).

Целью коррекционной программы явилось развитие свойств внимания (переключаемости, устойчивости, распределяемости, объема и концентрации); развитие эмоционально-волевой сферы дошкольника.

Задачами программы выступили: развитие произвольного внимания и его свойств (объема, концентрации, распределения, переключения, устойчивости); развитие способности усваивать объем материала посредством игровой деятельности; сенсорное развитие как одно из направлений умственного развития; развитие восприятия в сочетании с практическими действиями; подготовка ребенка к овладению навыками письма, чтения, счета; развитие способности к установлению связей и отношений между предметами логическим путем, умения выделять существенные признаки предмета; синтезировать различные признаки в целое представление о предмете; сравнивать предметы и выявлять различия в них; расширение эмоционального опыта; повышение уверенности в себе и самооценки.

Условиями реализации программы выступали: принятие ребенка таким, какой он есть; нельзя не торопить и искусственно замедлять игровой процесс; начало и конец занятий должны быть ритуальными, чтобы сохранить у ребенка ощущение целостности и завершенности занятия.

Структура занятия включала в себя: ритуал приветствия (1-2 минуты), разминка (3-5 минут), коррекционно-развивающий этап (15-20 минут), графические задания (5 минут), подведение итогов (2-3 минуты), ритуал прощания (1-2 минуты).

Тематический план коррекционно-развивающих занятий, направленных на развитие произвольного внимания и его свойств (объема, концентрации, распределения, переключения, устойчивости) разработан с опорой на разработки отечественных авторов (О.А. Глушакова, С.Ф. Коршунова, Т.М. Грабенко, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, О.Г. Ксенда, О.Д. Нечай, Л.А. Метиева, Э.Я. Удалова)[3, 4, 5, 6]



До начала эксперимента, различий по показателям свойств внимания в контрольной и экспериментальной группе не отмечалось, о чем свидетельствуют результаты статистического анализа данных (таб. 1).

Таблица 1
Сопоставительный анализ данных до воздействия

Методики	Сумма рангов (К)	Сумма рангов (Э)	U	Z
Проставь значки	107,5	102,5	47,5	0,19
Запомни и расставь точки	101,5	108,5	46,5	-0,26
Найди и вычеркни	98,0	112,0	43,0	-0,53

В качестве педагогических, психокоррекционных воздействий, направленных на развитие свойств внимания были выбраны такие игры и упражнения, как «Найди подходящую пару», «Хлопни в ладоши», «Залатай коврик», «Чем похожи?», «Подбери картинку», «Запрещенной движение», «Слушай внимательно», «Да и нет не говори» и многие другие.

Контрольной измерение выбранных свойств внимания произведено через три недели после ежедневных занятий.

Для оценки наличия/отсутствия динамики свойств внимания был применен T – критерий Вилкоксона (таб. 2).

Таблица 2
Наличие/отсутствие динамики свойств внимания

Методики	(К)		(Э)	
	T	Z	T	Z
Проставь значки	0.00*	2.37	0.00**	2.80
Запомни и расставь точки	2.00	0.53	0.00*	2.20
Найди и вычеркни	10.00	0.10	0.00*	2.52

*– статистическая значимость различий

Полученные результаты свидетельствуют о наличии наиболее выраженной, статистически достоверной, положительной динамике свойств внимания, в экспериментальной группе, что может свидетельствовать об эффективности выбранных способах психокоррекционного воздействия.

Литература

1. Баскакова И.Л. Внимание дошкольника, методы развития/ И.Л. Баскакова.- М.- 1993.-105с.



2. Гаспарова Е. Ведущая деятельность дошкольного возраста/ Е. Гаспарова // Дошкольное воспитание.- 2007. – №7. – С. 45.
3. Глушакова О.А. Познаю, играю, отдыхаю: игровые комплексы для развития познавательной активности и обучения навыкам релаксации для детей старшего дошкольного возраста: пособие для педагогов учреждений, обеспечивающих получение дошкольного образования / О.А.Глушакова, С.Ф.Коршунова. – 2-е изд. – Мозырь: ООО ИД «Белый Ветер».- 2009. - 115с.
4. Грабенко Т.М. Коррекционные, развивающие адаптирующие игры. Т.М.Грабенко, Т.Д.Зинкевич-Евстигнеева. – СПб.: «Детство-пресс».- 2004. – 64 с.
5. Ксенда О.Г. Комплексы развивающих игр для дошкольников: пособие для педагогов учреждений дошкольного образования / О.Г. Ксенда., О.Д. Нечай.– 3-е изд. – Мозырь: Белый Ветер.- 2012. - 86с.
6. Метиева Л.А. Сенсорное воспитание детей с отклонениями в развитии: сборник игр и игровых упражнений/ Л.А.Метиева, Э.Я.Удалова. – М.: Издательство «Книголюб». - 2008.- 124с.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИНЫ, СТРАДАЮЩЕЙ БЕСПЛОДИЕМ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ*

Блюм А.И.

**ФГБОУ ВО Курский Государственный Медицинский Университет
Минздрава России, г. Курск, Россия**

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.

В статье рассматривается портрет женщины, страдающей бесплодием неясной этиологии. Проводится анализ изменений, происходящих в ценностно-смысловой, аффективной, когнитивной и поведенческой сфере. Обосновывается влияние переживания ситуации бесплодия на особенности проявления индивидуально-личностных качеств. Выделяются мишени психологического воздействия в ситуации клинико-психологического сопровождения женщин, страдающих бесплодием.



Ключевые слова: бесплодие неясной этиологии, переживание ситуации бесплодия, когнитивная сфера, аффективная сфера, поведенческая сфера, ценностно- смысловая сфера.

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF WOMEN SUFFERING FROM INFERTILITY OF UNKNOWN ETIOLOGY*

Blum A. I.

The article discusses the portrait of a woman suffering from infertility of unknown etiology. The analysis of the changes in value-semantic, affective, cognitive and behavioral sphere. Explains the impact of experiencing a situation of infertility on the peculiarities of manifestation of individual personality qualities. Allocated targets of psychological influence in a situation of clinical psychological support for women suffering from infertility.

Key words: infertility of unknown etiology, the experience of infertility, cognitive area, affective area, the behavioral sphere, the value - semantic sphere.

Анализируя портрет женщины, страдающей бесплодием неясной этиологии, актуальным остается вопрос выяснения особенностей личностного развития, которые приводят к нарушению репродуктивной функции у женщин. При анализе литературы по проблемам бесплодия неясной этиологии не удалось обнаружить однозначной специфики женщин с нарушенным репродуктивным функционированием. Исследователи описывают лишь распространенные личностные характеристики и психологические особенности таких женщин. Г.Г. Филиппова указывает на то, что для этих женщин, страдающих бесплодием характерны общая инфантильность, проявляющаяся в незрелости личностной сферы; искаженная или незрелая полоролевая идентификация; неадекватные (инфантильные или дезадаптивные) формы реагирования на стрессовые ситуации; эмоциональная неустойчивость, повышенный уровень личностной и ситуативной тревожности, подавленная агрессия в разной направленности; осложненные отношения с другими людьми, в первую очередь – близкими, деструктивный опыт отношений с собственной матерью [3]. Н. О. Дементьева и В.В. Бочаров говорит о том, что у пациенток с бесплодием неустановленного характера выражено обеднение, обесценивание социальных контактов, потеря профессиональных интересов и навыков в отличие от бесплодных женщин с «определенным диагнозом бесплодия», которые реализуют и обретают себя в работе, в любимых занятиях [1].

Нами было проведено эмпирическое исследование, направленное на изучение индивидуально-личностных особенностей женщин, находящихся в ситуации бесплодия неясной этиологии, общей длительностью заболевания



более пяти лет. В ходе беседы было выяснено, что они проходили стандартное медицинское обследование, на поиск прямых физиологических причин многолетнего бесплодия, но таких причин не было выявлено.

В качестве методов исследования нами использовались для изучения:

- а) Ценностно-смысловая сфера – тест СЖО Леонтьев Д.А., «Линия жизни» в интерпретации Василенко Т.Д.,
- б) Эмоциональная сфера – экспресс-диагностика депрессий DEPS, «Моя жизнь» Безгодова С.А., Микляева А.В., Яцышин, шкала тревоги Спилберга Ч.Д. в адаптации Ю.Л. Ханина.
- в) Когнитивная сфера – опросник уровня агрессивности Басса-дарки, методика С.Бэм «Маскулинность-Фемининность», методика «Кто я?» М. Куна.
- г) Поведенческая сфера – опросник уровня агрессивности Басса-дарки, методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика–Келлермана–Конте

По результатам проведенного исследования, характеризуя ценностно-смысловую сферу женщин с бесплодием неясной этиологии, мы наблюдаем по методике СЖО Д.А. Леонтьева снижение по шкале «Результат жизни» у женщин с бесплодием неясной этиологии ($p\text{-level}=0,03$). Такие данные свидетельствуют о том, что пройденный отрезок жизни женщины не принес ей результативности, жизнь кажется мало продуктивной и осмысленной. Невозможность самореализации провоцирует женщину относиться к себе и своей жизни как несостоятельной, а ее результативность оценивается негативно.

Присутствует преобладание отрицательных событий у женщин с бесплодием неясной этиологии. Значимые различия наблюдаются по сфере семьи собственной ($p\text{-level}=0,011$). Большая часть женщины с бесплодием, в отличие от женщин уже имеющих ребенка, не отмечали на линии жизни следующие значимые события: знакомство с супругом, любовь, замужество, покупка квартиры, переезд к мужу, поездки с мужем куда-либо и т.д. Также следует отметить, что отрицательные события, у женщин с бесплодием неясной этиологии, в большей своей степени, совпадали с событиями семьи родительской: смерти родственников, развод родителей, переезды, побеги из дома, ссоры с родителями и т.д. Такая ситуация, по нашему мнению, может отрицательно влиять на принятие семейно-ролевых позиций и бессознательное негативное отношение к событиям семьи собственной [2].

По методике «Моя жизнь» наблюдается преобладание по показателю «Неблагоприятный фон» ($p\text{-level}=0,011$). Также характеризуя особенности эмоциональной сферы отмечается повышение уровня тревожности по шкале «Ситуативная тревожность» методики Спилберга – Ханина ($p\text{-level}=0,044$) и по методике DEPS- экспресс-диагностика депрессий, показатель депрессивного



состояния превалирует у группы женщин с бесплодием неясной этиологии ($p\text{-level}=0,011$).

Говоря о когнитивной сфере, наличие выраженного чувства обиды подтверждается значимыми различиями по шкале «Обида» опросника уровня агрессивности Басса-дарки ($p\text{-level}=0,05$). По показателю чувство вины, найдены значимые различия ($p\text{-level}=0,009$). Женщина с бесплодием неясной этиологии испытывает постоянное бессознательное чувство вины как перед собой так и перед мужем, семьей, что не может исполнить своего женского предназначения.

Характеризуя поведенческую сферу женщины с бесплодием неясной этиологии предпочитают агрессивный тип поведения относительно их окружения. Для них характерно требовательность, прямолинейность, строгость и резкость в оценке других, настойчивость, упорство.

Таким образом, характеризуя особенности личности женщины с бесплодием неясной этиологии можно констатировать, что переживание опыта бесплодия оказывает влияние на отдельные структурные психологические компоненты, изменяя целостное функционирование личности. Ценностно-смысловой компонент характеризуется отсутствием смыслов не связанных с рождением ребенка, жизнь представляется серой и унылой, лишённой интереса и важных событий, результативность прожитой части жизни снижена. Эмоциональная сфера личности характеризуется преобладанием негативных переживаний с тенденцией к депрессии. В когнитивной сфере превалирует постоянное бессознательное чувство вины и агрессии в сторону окружающих. Поведенческая сфера характеризуется одно направленностью поведенческих реакций с типизацией, вызванной ситуацией бесплодия.

Литература

- 1 Дементьева Н. О. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» / Н.О. Дементьева, В.В. Бочаров // Вестник СПбГУ.- Сер. 12.- 2010.- вып. 1.- С.14-20.
- 2 Усачева О.С. Индивидуально-личностные особенности женщин, страдающих бесплодием неясной этиологии /О.С. Усачева, А.И. Блюм // Международный студенческий научный вестник.- Изд.: «Информационно-технический отдел академии естествознания».- 2017.- С.49-50.
3. Филиппова. Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г.Г.Филиппова // Вопр. психол.- 2001.- №2 - С. 22 - 37.



ИЗУЧЕНИЕ ГЕДОНИСТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ И РАННЕМ ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Бокова М.А., Курочкина И.А.

Российский государственный профессионально педагогический университет, г. Екатеринбург, Россия

В статье рассмотрен социально-психологический феномен гедонистической направленности личности в раннем юношеском возрасте. Предпринята попытка обосновать проявление гедонистической направленности во взаимосвязи с девиантным поведением, а так же в группах респондентов из разных образовательных организаций.

Ключевые слова: гедонизм, гедонистическая направленность, система ценностных ориентаций, подростковый и юношеский возраст.

THE STUDY OF THE HEDONISTIC ORIENTATION OF THE INDIVIDUAL IN ADOLESCENCE AND EARLY ADOLESCENCE

Bokova M. A., Kurochkin I. A.

The article considers the socio-psychological phenomenon of the hedonistic orientation of the personality in early adolescence. The correlations between the hedonistic orientation of the personality and deviant behavior have been studied and substantiated. Also, hedonism was studied in groups of respondents from different educational organizations.

Keywords: hedonism, hedonistic orientation, system of value orientations, teenage and youthful age.

Актуальность темы изучения гедонистической направленности обусловлена тем, что «гедонизм» как понятие, имеет отношение, как к физической, так и духовной деятельности человека и заслуживает обстоятельного психологического анализа.

Понятие «гедонизм» широко представлен с точки зрения философской теории и практически не изучается в психологии [1]. Между тем, современное молодое поколение стремится получить от жизни максимальное количество удовольствий. Это могут быть и спортивные достижения, и духовный рост, но также это может проявляться и в удовольствиях, связанных с риском для жизни.



Сегодня в молодежных кругах имеет место тенденция к снижению общего уровня нравственности, росту антигуманной, эгоистично-гедонистической направленности личности. Большое число современных юношей становятся представителями нравственно-деструктивных молодежных субкультур и течений (готы, панки, скинхеды и др.), сосредотачивая свою жизнь лишь на стремлении к развлечениям, исповедуя ценности наслаждения и потребительства.

Линия жизни, связанная с гедонистической направленностью личности, не предполагает самоопределения, поскольку «выбор» предопределен самой гедонистической установкой. В случае простого и легкого жизненного мира она реализуется посредством потребительского существования. Для многих молодых людей главная цель в жизни не создавать, а получать; не созидать, а потреблять.

Гедонистические устремления человека в итоге могут обернуться опустошенностью, и тогда он тратит все свои силы и энергию на поиск новых, еще не изведанных удовольствий. Однако от каждого человека лично зависит, поддастся ли он влиянию гедонизма или будет искать свой путь целеустремленной жизни [2].

Теоретический анализ проблемы гедонистической направленности позволил сформировать цель эмпирического исследования: изучить специфику гедонистической направленности со склонностью к девиантному поведению.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что имеются взаимосвязи ценности гедонизма с особенностями девиантного поведения в подростковом и юношеском возрасте.

Дополнительными гипотезами выступили следующие предположения: имеются специфические особенности в проявлении гедонистической направленности в подгруппах юношей и девушек; имеются значимые различия в уровне выраженности гедонизма в подгруппах обучающихся школы и колледжа; имеются специфические особенности девиантного поведения в подгруппах респондентов с высоким и низким уровнем выраженности гедонизма.

Понятие «гедонистическая направленность», в работе рассматривается нами, как компонент ценностных ориентаций по Ш. Шварцу, а ценностные ориентации являются структурным компонентом направленности личности [3, 4].

Согласно целям и задачам исследования мы рассмотрели понятие «девиантное поведение». Под девиантным поведением понимают неадаптированное, отклоняющееся поведение, наблюдаемое часто в юношеском возрасте и характеризующееся устойчивым повторяющимся нарушением соответствующих возрасту норм и социальных правил, а также прав других.



Согласно поставленным целям и задачам, нами подобраны следующие методики.

1. Опросник Ш. Шварца по изучению ценностей личности.

2. Методика диагностики «Склонность к отклоняющемуся поведению» (СОП) является стандартизированным тест-опросником, предназначенным для измерения готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения.

3. Тест-анкета: Эмоциональная направленность (Б.И. Додонов).

Исследование проводилось в Екатеринбургском торгово-экономическом техникуме у студентов первого курса, в исследовании участвовало 22 человека, 17 девушек и 5 юношей, средний возраст 16-17 лет, а также в МБОУ СОШ № 178 г. Екатеринбурга, с углубленным изучением отдельных предметов. В исследовании принимали участие 43 человека, учащиеся 10-х классов, 22 девушки и 21 юноша, средний возраст 16-17 лет.

В результате дескриптивного анализа в мужской и женской выборках по методике Ш. Шварца мы выявили, что наиболее значимыми ценностями в обеих подгруппах с низким и высоким уровнем выраженности нормативного и индивидуального гедонизма являются «Универсализм», «Самостоятельность» и «Безопасность», для девушек так же значима ценность «Доброта». Можно объяснить это тем, что у респондентов развито чувство понимания, снисходительность, ответственность, потребность в межличностных отношениях вне своего привычного круга, потребность в самоконтроле и независимости, безопасности близких людей.

По методике Б.И. Додонова в подгруппе девушек с низким уровнем выраженности гедонизма наиболее выраженными эмоциями являются «Эстетические», «Гностические», «Романтические», это может быть связано с тем, что девушки направлены на идеализацию будущего, потребностью в «когнитивной гармонии», стремлением ко всему необыкновенному, таинственному.

В подгруппе юношей с высоким уровнем выраженности гедонизма наиболее выражены «Гедонистические», «Прагматические» и «Глорические» эмоции, то есть получение удовольствия ради удовольствия, удовлетворения от любой деятельности, получение удовольствия в преодолении трудностей.

По методике СОП, мы выявили наиболее высокие показатели в подгруппе девушек с низким уровнем выраженности гедонизма, по шкалам «Установка на социальную желательность», «Принятие женской социальной роли», «Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению». Это может свидетельствовать о стремлении девушек представлять себя в наиболее благоприятном свете, о соблюдении социальных норм о том, что



девушки готовы к выполнению определенных социальных ролей, у них отсутствует склонность к риску.

В подгруппе юношей с высоким уровнем выраженности гедонизма, более выражены такие показатели, как склонность к аддиктивному поведению и к делинквентному поведению. Это может быть связано с наличием психологической потребности в аддиктивных состояниях, с гедонистически ориентированными ценностями, со склонностью к правонарушениям, с наличием делинквентных тенденций и низким уровне социального контроля.

По результатам сравнительного анализа в мужской и женской выборках, нами не выявлены различия по степени выраженности гедонизма, выдвинутая нами гипотеза, не подтвердилась. Но, тем не менее, были обнаружены среднезначимые различия на уровне индивидуальных ценностей по шкале «Самостоятельность», выраженность признака выше в подгруппе юношей. Более высокие показатели по шкалам «Универсализм», «Альтруистические эмоции». Это может говорить о том, что у юношей преобладает чувство самостоятельности мышления и выбора способов действия.

Различия по шкале «Склонность к аддиктивному поведению» выявлены в подгруппе девушек, им свойственно понимание, терпимость, потребность в помощи близким людям, а так же ориентации на чувственную сторону жизни.

Далее нами проведен сравнительный анализ в подгруппах респондентов с высоким и низким уровнем выраженности гедонизма. Респондентам с высоким уровнем выраженности как нормативной, так и индивидуальной ценности свойственно стремление к новизне, социальному статусу, авторитету, потребность в самоутверждении, славе, безопасности, а так же они склонны к правонарушениям и имеют низкий уровень социального контроля.

Респондентам с низким уровнем выраженности гедонизма свойственно проявление эстетических эмоций, это может говорить о потребности человека быть в гармонии с собой и с окружающим. Следовательно, выдвинутая нами гипотеза подтвердилась.

Сравнительный анализ в выборке учащихся школы и студентов колледжа, выявил наиболее высокие показатели в подгруппе студентов. Это может быть связано с тем, что студенты более самостоятельны и стараются получить от жизни больше удовольствий, что может быть обусловлено социальной ситуацией развития, а именно обучением в колледже, связано с особенностями и референтностью ближайшего окружения, респонденты данной группы склонностью к риску. Выдвинутая гипотеза подтвердилась.

По результатам корреляционного анализа, выявлены положительные высокосignимые и среднезначимые взаимосвязи между гедонизмом и акзигитивными, глорическими и пугническими эмоциями. Респондентам с высоким уровнем выраженности гедонизма свойственна склонность



к аддиктивному, делинквентному поведению, к преодолению норм и правил и волевому контролю эмоциональных реакций.

Обнаружены отрицательные высокосвязанные взаимосвязи между гедонизмом и эстетическими, гностическими эмоциями, можно предположить, что респонденты получают удовольствие от накопления, коллекционирования, удовлетворения от подтверждения своей значимости, славы, потребность в преодолении опасности, но чем ниже у респондента стремление к получению знаний, тем выше потребность к получению удовольствий и наслаждений.

Таким образом, выдвинутая нами гипотеза подтверждена.

На основании полученных результатов нами разработана коррекционно-развивающая программа. Использование в занятиях игровых упражнений, применение индивидуальной и групповой форм работы обеспечивают участникам более глубокое познание ими своего внутреннего мира.

Цель: углубление процесса самопознания; активизация процессов осознания, оценки, осмысления различных событий, этапов, людей, чувств, переживаний, осмысленности жизни.

На данном этапе исследования перед нами стояли следующие задачи: разработать структуру и содержание основных блоков коррекционно-развивающей программы; в соответствии с целями, заявленными в каждом блоке, подобрать методический материал, составляющий экспериментальное наполнение программы, направленной на коррекцию проявлений девиантного поведения.

Задачи реализации программы: способствовать приобретению знаний о ценностно-смысловой сфере личности; создать ситуации, в которых участники смогут осознать, осмыслить ценности и смыслы собственной жизни, приобретут опыт отношения к различным ценностям других, создать условия и ситуации, в которых участники приобретут умения и навыки ценностного самоопределения, ранжирования ценностей и смыслов и выбора собственной позиции как основы эффективной жизнедеятельности с целью поиска и реализации своего призвания; возвращение и преобразование духовного опыта личности посредством создания особого, насыщенного ценностями и смыслами воспитательного пространства: опыта рефлексии, опыта понимания себя и других, опыта проблематизации (определения индивидом актуальных для него проблем бытия), опыта сотрудничества в определении и решении данных проблем.

Формы и методы работы: элементы психологического тренинга; групповая дискуссия; ролевая игра; элементы технологии критического мышления, проективные методы; метод создания ситуации ценностного выбора, индивидуальная и групповая работа, эссе.



Подводя итоги исследования можно отметить, что все поставленные задачи выполнены, гипотезы подтверждены.

Литература

1. Бодрийяр Ж. Общество потребления / Ж. Бодрийяр.- Москва: Республика, 2006, 272 с.
2. Курочкина И.А. Изучение гедонистической направленности личности в контексте волевой саморегуляции на примере учащихся школ и студентов техникума малого города / И.А. Курочкина, М.А. Титова// Материалы 7-й Всеросс. науч.-практ. конф. для практ. психологов, молодых ученых и студентов. «Психология в системе образования».- Екатеринбург: ФГАОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т.- 2013.- С. 109-115.
3. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство / В.Н. Карандашев.- Санкт-Петербург: Речь.- 2004.- 70 с.
4. Платонов К.К. Структура и развитие личности / К.К. Платонов. Москва: Наука.- 1986.- 255 с.

ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ОПТИКО-ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ В ЗАДАЧАХ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ

Е.Б. Болецкий, М.И. Труфанов

Центр информационных технологий в проектировании РАН, г. Москва, Россия

Разработано устройство диагностики заболеваний прозрачных сред глаза на ранних стадиях, основанное на эффекте люминесценции ядер катаракты с голубом свете, позволяющее повысить точность и качество экспресс диагностики за счет автоматизации процесса диагностики и выдачи расширенного результата, содержащего координаты области поражения и ее величину.

Ключевые слова: офтальмология, катаракта, техническое зрение, автоматизированная диагностика.

THE USE OF AUTOMATED OPTO-ELECTRONIC DEVICES IN THE DIAGNOSTICS OF EYE DISEASES IN THE EARLY STAGES



Bolezkiy E. B., Trufanov M. I.

Device for diagnosing eye diseases in the early stages based on the effect of luminescence of cataract nuclei with blue light has been developed, which makes it possible to increase the accuracy and quality of express diagnostics by automating the diagnostic process and issuing an extended result containing the coordinates of the affected area and its magnitude.

Key words: ophthalmology, cataract, technical vision, automated diagnostics.

Одним из востребованных и актуальных направлений диагностики является автоматизация диагностики зрения человека. Среди критичных и потенциально опасных для нормальной жизнедеятельности человека заболеваний является катаракта, основным признаком которой является помутнение и снижение прозрачности хрусталика.

Существует ряд способов определения наличия катаракты, основанные на визуальном или параметрическом измерении прозрачности хрусталика или отдельных его частей, причем измерения могут быть как прямые, так и косвенные. В предложенном устройстве используется способ, в основе которого лежит эффект флюоресценции ядер катаракты. Облучаемых голубым светом [1]. При этом флюоресценция возникает в диапазоне волн желтого света. Для измерения степени помутнения в самом простом случае достаточно осветить хрусталик голубым светом и измерить уровень желтого свечения. Причем большая разница в длинах волн излучаемого и принимаемого света, в свою очередь, позволяет достаточно просто отделить и измерить излучение ядер. Для обеспечения селекции желтого света применяется желтый светофильтр с эффективным подавлением света голубого диапазона. Для повышения точности измерения и получения возможности локализации в качестве светочувствительного элемента используется матричный фотоприемник. Также для повышения точности измерений и нейтрализации влияния посторонних факторов используется голубой излучатель с возможностью управления яркостью, что позволяет использовать модулирование яркости облучателя в соответствии с заданной функцией. Обработка информации, полученной от фотоприемника и управление подсветкой осуществляется вычислительным модулем на основе микропроцессора.

На рис. 1 представлена структурная схема устройства.

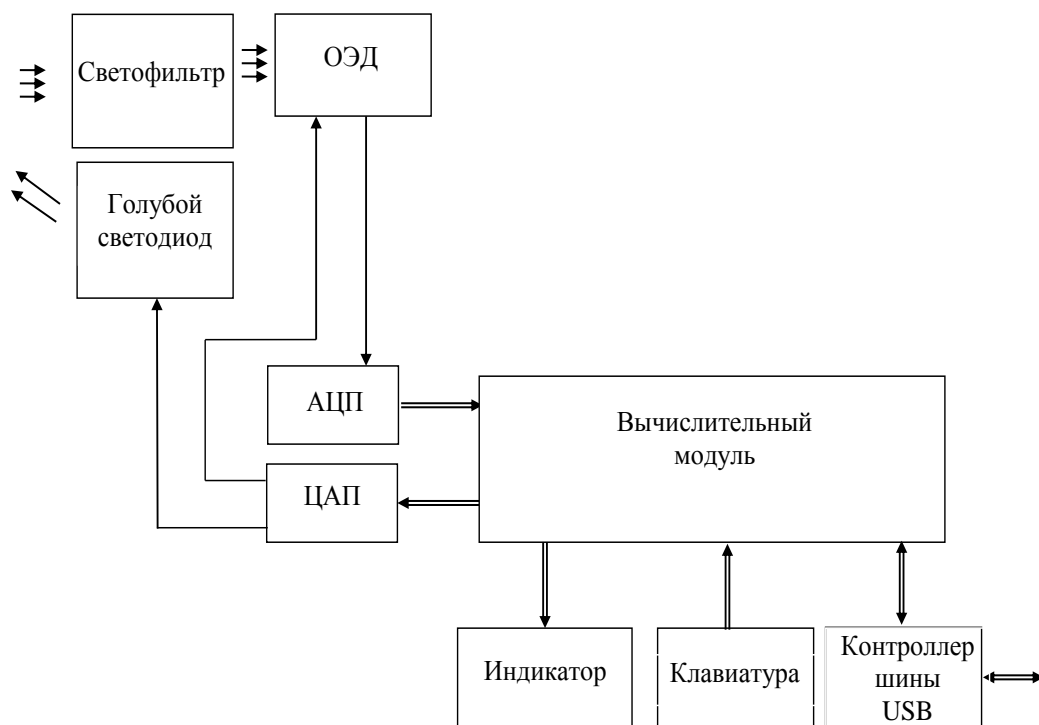


Рисунок 1 – Структурная схема устройства

Устройство содержит голубой светодиод, аналого-цифровой преобразователь, жидкокристаллический дисплей, клавиатуру, желтый светофильтр, оптико-электронный датчик, вычислительный модуль, USB-контроллер.

Диагностика катаракты заключается в выполнении следующих шагов:

- а) позиционирования оптико-электронного датчика напротив глаза на расстоянии, определяемом диаметром зрачка в кадре;
- б) измерения яркости изображения в области зрачка при текущем внешнем освещении;
- в) включении голубого светодиода ;
- г) адаптации параметров оптико-электронного датчика к внешней освещенности и освещенности голубым светодиодом;
- д) сегментации изображения зрачка и обнаружении флюоресцирующих сегментов, предположительно соответствующих областям помутнения;
- е) расчете величин помутнения в найденных областях и сравнении величин с априори определенными эталонными значениями помутнений, выдаче результатов измерений.

В процессе диагностики устройство работает следующим образом.



Оптико-электронный датчик размещают напротив глаза. С клавиатуры подается команда на проведение диагностики, управляющий контроллер через СШ модуль адаптации к яркости для выключения голубого светодиода.

Отраженное от глаза и других объектов рабочей сцены фоновое излучение, обусловленное внешней освещенностью, поступает через желтый светофильтр на оптико-электронный датчик. Аналого-цифровой преобразователь получает на свой вход с выхода ОЭД аналоговый сигнал, характеризующий поэлементное распределения изображения рабочей сцены, которое подвергает аналого-цифровому преобразованию и передается в вычислительный модуль, который строит гистограмму распределения яркостей точек изображения и определяет текущее среднее, минимальное и максимальное значение яркости, после вычисляет величину, на которую необходимо изменить яркость получаемого изображения для того, чтобы его среднее значение яркости было равно половине динамического диапазона получаемых яркостей. Уровень яркости изображения регулируется путем записи в ЦАП соответствующего числа.

После этого процесс получения нового кадра изображения повторяется, и результат передается в вычислительный модуль. Затем включается подсветка и в вычислительный модуль передается еще один кадр. В результате в нем сохраняются два кадра изображения глаза с яркостными параметрами (средняя яркость в градациях серого, минимальное, максимальное значение, параметры гистограммы), необходимыми для дальнейшего функционирования устройства и проведения диагностики. Над полученными изображениями с производятся операции сегментации [2] и определения границ зрачка. После определения границ зрачка на первом и втором кадре, производится уточнение границ зрачка. Уточнение границ зрачка необходимо вследствие возможного произвольного сдвига глаза относительно предыдущего кадра, полученного при выключенном голубом светодиоде.

Далее производится расчет величины помутнения, основанный на измерении уровня флюоресценции (яркости желтого излучения в области зрачка) в области зрачка. Далее производится пороговое сравнение, определяющее наличие помутнения и формирование совокупности точек (пикселей), в которых выявлено помутнение с указанием величины помутнения в относительных единицах. Результат измерения выводится на жидкокристаллическом индикатор в виде изображения найденных областей помутнения зрачка и их значений. После выполнения указанных процедур диагностика считается завершенной.

Предложенное устройство позволяет повысить точность и качество экспресс диагностики катаракты за счет автоматизации процесса диагностики и выдачи расширенного результата, содержащего координаты области



помутнения и величину помутнения. Отличительной особенностью устройства является его портативное исполнение, высокий уровень автоматизации, легкость практического применения и доступная для любых медицинских учреждений стоимость в конечном итоге обеспечивающие возможность массового обследования пациентов и своевременное обнаружение признаков катаракты, что крайне важно для предотвращения или замедления развития.

Литература

1. Пат. № 2338454РФ, МПК А61В3/117. Устройство регистрации флуоресценции хрусталика / В.В. Салмин, В.И. Лазаренко, А.С. Проворов, С.А. Оскирко– № 2007116403/14, заявл. 02.05.2007; опубл. 20.11.2008.
2. Гридин В.Н. Адаптивные системы технического зрения. Центр информационных технологий в проектировании РАН /В.Н. Гридин, В.С. Титов, М.И. Труфанов.– М.: Наука, 2009. – 441с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ В НЕЙРОПСИХОЛОГИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Будыка Е.В.,¹ Ефимова И.В.,² Батоцыренова Т.Е.³

¹**Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,
г. Москва, Россия**

²**Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова, г. Москва, Россия**

³**Владимирский государственный университет
имени А.Г. и Н.Г. Столетовых, г. Владимир, Москва**

В статье представлены результаты многолетних исследований здоровья студентов, проведенных с использованием нейропсихологического подхода.

Ключевые слова: студенты, здоровье, нейропсихологический подход, функциональная межполушарная асимметрия.

THE STUDY OF HEALTH IN NEUROPSYCHOLOGY OF INDIVIDUAL DIFFERENCES

Budyka E. V., Efimova I. V., Batotsyrenova T.E.



The results of long-term studies of the health of students conducted using the neuropsychological approach are presented.

Keywords: students, health, neuropsychological approach, functional brain asymmetry.

Здоровье рассматривается многими исследователями как процесс поддержания и развития физиологических и психических функций, оптимальных для трудовой и социальной активности, и оценивается через степень адаптации той или иной системы или организма в целом [1, 2, 8]. Квалификация выявляемых нарушений здоровья, а также разработка методов их коррекции базируются на нормативных данных, имеющих некую вариабельность. Если последняя не учитывается, велика вероятность отождествления понятий «здоровье» и «норма» [7]. Очевидно, что «норма» включает, как правило, среднестатистические показатели. В итоге преимущественно идентифицируются лишь крайние состояния организма, определяемые как «ещё здоровье» и «уже болезнь», а также существенно затрудняется диагностика переходных состояний, например, «дезадаптации» или «предболезни» [2, 7].

Исследования индивидуального здоровья здорового человека позволяют выявлять и обосновывать критерии «нормы» здоровья (физического и психического) для того, чтобы иметь возможность не только оценить здоровье конкретного индивидуума с указанием меры (градации) здоровья, но и отнести его к определенному варианту «нормы» здоровья [1, 2, 7].

Индивидуализация донозологической диагностики [2, 11] продолжает оставаться актуальной, что требует поиска эффективных подходов к её осуществлению. В качестве одного из таких подходов может рассматриваться нейропсихологический, в основу которого положен учёт принципов мозговой организации, влияющих наряду с другими факторами на индивидуальные различия многих процессов одновременно [14]. К указанным факторам относится, в частности, функциональная межполушарная асимметрия мозга [4, 8, 9, 14]. Нейропсихология индивидуальных различий исходит из того, что физиологические и психические процессы обеспечиваются совместной деятельностью обоих полушарий при наличии специфического вклада каждого из них [9, 14, 15]. Косвенным отражением межполушарных взаимоотношений выступает специфика межполушарного взаимодействия в основных анализаторных системах [14]. Для описания этого взаимодействия проводится оценка право-левосторонних предпочтений в основных анализаторных системах индивидуума. Совокупность данных предпочтений обозначается как «индивидуальный профиль асимметрии» [4], «профиль функциональной



сенсомоторной асимметрии» [8, 11], «профиль латеральной организации» (ПЛО) моторных и сенсорных функций [5, 14, 15] и др.

Представляемые в настоящей работе результаты были получены в ходе многолетних исследований здоровья студентов университета с использованием нейропсихологического подхода [5, 6, 15]. В них участвовали юноши и девушки (в разных сериях исследований в общей сложности 250 человек) в возрасте от 17 до 22 лет.

Анализ латеральной организации моторных и сенсорных функций осуществляли по методике Е.Д. Хомской, И.В. Ефимовой [14], которая включает следующие тесты выявления признаков асимметрии: 1) в мануальной моторной системе - опросник Аннетт, моторные пробы А.Р. Лурия, динамометрию и теппинг-тест; 2) в слухоречевой системе - методику дихотического прослушивания; 3) в зрительной системе - пробу Розенбаха и тест «прицеливание». После определения индивидуального набора признаков асимметрии, именуемого ПЛО моторных и сенсорных функций, каждого испытуемого в соответствии с типологией указанных авторов относили к одному из пяти типов ПЛО: «чистых» правшей, праворуких, амбидекстров, леворуких и «чистых» левшей [15].

Оценка градаций здоровья и индивидуальных особенностей его проявления на различных уровнях в представляемых исследованиях, выполненных с использованием нейропсихологического подхода, основывалась на комплексе показателей [1, 3, 5, 14, 15]. В соответствии с общепринятыми представлениями в качестве объективных показателей здоровья рассматривали различные индикаторы вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, включая результаты анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) по методике Р.М. Баевского [2, 3, 10, 13, 16], которые, как известно, характеризуют не только деятельность сердечно-сосудистой системы, но и отражают работу регуляторных механизмов целостного организма. К субъективным психологическим показателям здоровья относили переживание человеком текущего состояния и ресурсов своего здоровья, которое входит во «внутреннюю картину здоровья» [7]. В качестве объективных психологических характеристик здоровья анализировали динамические компоненты различных двигательных и познавательных процессов [5, 15].

Данные, полученные, в частности, в одной из серий исследований [6], посвященной анализу индивидуальных различий градаций здоровья, оценённых по объективным физиологическим характеристикам (показателям ВСР), выявили, что указанные градации различаются в зависимости от преобладающих латеральных признаков, особенно в зрительной системе. Так, испытуемые-юноши с правосторонними и симметричными латеральными признаками в зрительной сфере по результатам донозологической диагностики



[2] характеризовались функциональным напряжением, а с левосторонними признаками – удовлетворительной адаптацией. В рассматриваемой серии исследования было выявлено (табл.1), что при «накоплении» левосторонних признаков в зрительной системе увеличивалось влияние парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на регуляцию ритма сердца и снижалась степень напряжения регуляторных систем, что подтверждалось обнаруженным увеличением показателя Мо с одновременным уменьшением амплитуды моды (АМо) и, соответственно, снижением стресс-индекса (SI или ИН), а также увеличением показателя HF.

Таблица 1

Средние показатели ВСР студентов-юношей, различающихся латеральными признаками в зрительной системе

	Показатели ВСР								
	CV, %	Мо, мс	АМо, %/50	SI, у.е	TP, мс2	RMSSD, мс	HF, мс2	LF, мс2	ПАРС, балл
Латеральные признаки в зрит.системе									
правосторонние, n = 48	6,9±2,6 **	726,5±97,0*	53,5±23,4*	212,1± 217,8*	2306,1± 2079,2*	35,3±27,7* **	903,1± 723,8 **	1002,6± 791,3 **	4,14± 1,76
симметричные, n = 36	8,0±2,6 **	783,3± 125,2*	41,5±25,6*	106,2±90,6 *	3672,0± 2334,3*	50,1±23,0*	1424,4± 1010,1	1507,1± 1019,5* **	4,53± 1,86**
левосторонние, n = 11	6,9±1,9	801,0±98,5*	39,8±10,0	102,1±47,4	2747,5± 1821,5	47,5±22,2* *	2189,3± 1267,4**	955,5±524,0 *	3,20± 1,30**

Примечания: * - различия показателей ВСР, оценённые с использованием непараметрич.методов, $p < 0,01$; ** - то же при уровне значимости $p < 0,01-0,05$.

Изложенные особенности адаптационных процессов, связанные с функциональной асимметрией, сходны с теми, что выявлены другими авторами, причём не только у здоровых лиц [10, 12, 13].

Обобщение результатов других серий исследований, позволяющих сопоставить данные, полученные у юношей и девушек, также свидетельствует о том, что у юношей наличие левосторонних признаков асимметрии в индивидуальном ПЛО связано с лучшей вегетативной регуляцией [5, 15] адаптационных механизмов в состоянии относительного покоя и при нагрузке. У девушек рассматриваемые связи, особенно при нагрузке, не были столь явными [5].

У испытуемых-юношей, различающихся латеральными признаками, соотношения объективных и субъективных оценок здоровья различались [15]. В частности, как уже было описано выше, у испытуемых с левосторонними признаками в индивидуальном ПЛО прослеживались лучшие объективные



характеристики адаптационных процессов, отражающих здоровье, на фоне более низких значений его самооценки и большего числа жалоб, свидетельствующих о психологической и эмоциональной дезадаптации [5, 15].

Итак, представленные результаты нескольких серий исследований свидетельствуют о различиях объективных и субъективных показателей здоровья лиц, характеризующихся разными особенностями межполушарной функциональной организации, что подтверждает возможности нейропсихологического подхода к исследованию индивидуального здоровья.

Литература

1. Агаджанян Н.А. Эколого-физиологические и этнические особенности адаптации человека к различным условиям среды обитания/ Н.А. Агаджанян, Т.Е.Батоцыренова, Ю.Н.Семенов. – Владимир: Изд-во ВлГУ.- 2010. – 127 с.
2. Баевский Р.М. Оценка уровня здоровья при исследовании практически здоровых людей/ Р.М. Баевский, А.П. Берсенева, Е.С. Лучицкая, И.Н.Слепченкова, А.Г.Черникова. – М.: Фирма «Слово».- 2009. - 100 с.
3. Бокерия Л.А. Вариабельность сердечного ритма: методы измерения, интерпретация, клиническое использование/ Л.А. Бокерия, О.Л. Бокерия, И.В. Волковская // Анналы аритмологии. – 2009. – № 4. – С. 21-32. URL: http://arrhythmology.pro/files/pdf/AA_2009-4-021-032.pdf (дата обращ.: 02.09.2016).
4. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека/ Н.Н. Брагина, Т.А.Доброхотова. - М.: Медицина.- 1988. - 240 с.
5. Ефимова И.В. Межполушарная функциональная асимметрия и проблема индивидуального здоровья / И.В.Ефимова, Е.В.Будыка // Руководство по функциональной межполушарной асимметрии. – М.: Научный мир.- 2009. - С. 692-727.
6. Ефимова И.В. Анализ вариабельности сердечного ритма у студентов с различными латеральными признаками в моторной и сенсорных системах / И.В. Ефимова, Т.Е. Батоцыренова, В.В. Брусов, Е.В. Будыка // Фундаментальные и прикладные проблемы нейронаук: функциональная асимметрия, нейропластичность и нейродегенерация. Мат. Второй Всерос. конф. с междунар. участием / Под ред. М.А. Пирадова, С.Н. Иллариошкина, В.Ф. Фокина. – М.: ФАНО, ФГБНУ «Научный центр неврологии». – 2016. – с.106-112.
7. Клиническая психология. Словарь / Под ред. Н.Д. Твороговой // Психологический лексикон. Энциклопедия в шести томах / Ред.-сост. Л.А.



- Карпенко. Под общ.ред. А.В. Петровского. – М.: ПЕР СЭ.- 2006. – Раздел 3 «Психология здоровья».- с. 163-164.
8. Леутин В.П. Функциональная асимметрия мозга: мифы и действительность / В.П.Леутин, Е. И.Николаева. – СПб.: Речь.- 2005. - 368 с.
 9. Леутин В.П. Межполушарные асимметрии и индивидуальные различия человека / В.П. Леутин, Е. И. Николаева. – М.: Смысл.- 2011. – 367 с.
 - 10.Леутин В.П. Описание характера регуляции сердечного ритма детей с разными латеральными предпочтениями в переходных состояниях методами нелинейного анализа / В.П. Леутин, Е.И. Николаева // Асимметрия: эл. журнал. – 2015. – № 1. – С.13-24. URL: <http://www.j-asymmetry.com> (дата обрац.: 23.09.2016).
 - 11.Николаева Е.И. Эффективность латеральных показателей и профиля функциональной сенсомоторной асимметрии в прогнозе уровня психологических параметров / Е.И. Николаева, А.В.Добрин, К.Н. Яворович // Функциональная межполушарная асимметрия и пластичность мозга (мат. Всероссийской конференции с международным участием) - М.: НЦН РАМН.- 2012. – С. 139-142.
 - 12.Стрельникова И.В. Особенности вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы больных, перенесших инфаркт миокарда с разным типом функциональной асимметрии / И.В. Стрельникова, Г.В.Трубкина // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2010. – № 2 (15). – С. 116-122.
 - 13.Фокин В.Ф. Когнитивные и вегетативные характеристики больных дисциркуляторной энцефалопатией с правым и левым ведущим глазом / В.Ф. Фокин, Н.В.Пономарева, Р.Б.Медведев, О.В.Лагода, В.И.Клопов, М.М. Танашян // Асимметрия: эл. журнал. – 2015. – № 3. – С. 4-13. URL: http://j-asymmetry.com/2015/11/fokin_3_2015 (дата обрац.: 23.09.2016).
 - 14.Хомская Е.Д. Латеральная организация мозга как нейропсихологическая основа типологии нормы / Е.Д. Хомская // Хрестоматия по нейропсихологии. – М.: Российское психологическое общество.- 1999. - С. 410-413.
 - 15.Хомская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий: учебное пособие для студентов учреждений высш. проф. образования Е.Д.Хомская, И.В. Ефимова, Е.В.Будыка, Е.В. Ениколопова.– М.: Издательский центр «Академия».- 2011. - 160 с.
 - 16.Wolfe A.M., Dennis K.K., Canino M.C., Fillers N.P., Dodd D.J, Brown D.D. The relationship between physical activity, sleep efficiency, and heart rate variability // *Medicine & Science in Sports & Exercise*. – 2016. – Vol. 48(5S). – P. 293.



СИТУАЦИЯ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН, КАК ФАКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА

Василенко Т.Д., Селин А.В.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.

В статье рассматриваются вопросы переживания беременной женщиной ситуации бесплодия в прошлом опыте. Предполагается, что данный негативный опыт приводит к специфическому переживанию социального опыта в ситуации беременности. Представлены результаты эмпирического исследования в которых показана специфика переживания социального опыта в ситуации беременности, у женщин имевших в прошлом диагноз бесплодия.

Ключевые слова: ситуация бесплодия, беременность, социальный опыт, жизненные стремления.

SITUATION OF INFERTILITY IN WOMEN AS A FACTOR OF TRANSFORMATION OF EXPERIENCE OF SOCIAL EXPERIENCE

Vasilenko T. D., Selin A.V.

The article deals with the experience of a pregnant woman with a situation of infertility in the past experience. It is assumed that this negative experience leads to a specific experience of social experience in the situation of pregnancy. The results of empirical research are presented in which the specificity of the experience of social experience in the situation of pregnancy, in women who had had a diagnosis of infertility in the past, is shown.

Key words: infertility situation, pregnancy, social experience, life aspirations.

Ситуация беременности – особый период в жизни женщины, который связан с изменениями в социальной ситуации, что влечет за собой изменения как в личностных особенностях, так и в восприятии собственного тела. С беременностью связаны специфические переживания изменений в организме, которые включаясь в телесный опыт женщины, на фоне измененной



«социальной ситуации развития» ведут к изменениям переживания социального опыта личности.

Бесплодие для женщины – несомненно, трудная жизненная ситуация, которая имеет свои негативные психологические и социальные особенности. Опыт лечения от бесплодия, переживание женщиной невозможности стать матерью с последующим успешным зачатием ребенка – все это оказывает влияние на различные аспекты личности женщины, вызывая системные изменения в переживании как телесного, так и социального опыта. В частности, изменения в личности затрагивают социальные ценности женщины, что отражается в специфических особенностях социальных аспектов телесного опыта [3]. Знание этих особенностей позволит оказать грамотную психологическую помощь женщинам в состоянии бесплодия и будущим мамам, которые имели успех в лечении этого недуга.

Интеграция социального опыта лечения бесплодия как сложной жизненной ситуации в субъективную картину жизненного пути беременной женщины может оказывать влияние на различные аспекты личности. В исследованиях Т.Д. Василенко показано, что социальные ценности женщин с опытом бесплодия трансформируются, утрачивается интерес к жизни, а многие жизненные события перестают иметь значение [2, 3]. Бежина Х.В. отмечает особенности в формировании жизненных целей и удовлетворенности прожитой жизнью у женщин с опытом лечения от бесплодия [1].

Гипотезой исследования выступило предположение: если в опыте беременной женщины имеет место лечение от бесплодия, то у нее будут отмечаться специфические особенности переживания социального опыта в сравнении с женщинами без негативного опыта беременности, на примере ситуации бесплодия.

В исследовании применялся следующий диагностический инструментарий: структурированное интервью, методика «Жизненные стремления» Э. Дэси, Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко и А.В. Селина [2]. Выборку составили 50 беременных женщин: 25 - без опыта лечения от бесплодия, 25 - с опытом лечения от бесплодия. Исследование проводилось на базах ОБУЗ «Областной перинатальный центр» и ОБУЗ «Курская Городская больница № 2».

В результате статистической обработки были обнаружены значимые различия по параметрам переживания социального и телесного опыта: «Изменение ощущений», «Жизненное стремление «общество» (достижение)» и «Жизненное стремление «здоровье» (важность)» по методике «Жизненные стремления» Э. Дэси и Р. Райана. В результате качественного анализа данных, полученных с помощью анкеты, были обнаружены различия в ответах



испытуемых с опытом лечения от бесплодия на стимул «Многие не знают, что я боюсь...», выявляющий скрытые страхи испытуемых.

Рассматривая полученные различия полученные в результате статистического анализа, укажем, что полученные данные по фактору «Общество (достижение)» свидетельствуют о том, что женщины с опытом лечения бесплодия отмечают более высокий уровень достижения цели служения обществу в сравнении с женщинами без негативного опыта. Возможно, это объясняется тем, что, прибывая в ситуации невозможности реализации социальной роли матери, женщины компенсировали это стремлением к служению обществу. Поэтому теперь, после восстановления своих репродуктивных возможностей, женщины с опытом лечения от бесплодия высоко оценивают свое достижение стремления к служению на благо общества, что свидетельствует о существенной трансформации социального опыта.

Результаты по фактору «Здоровье (важность)» свидетельствуют о том, что женщины с опытом лечения бесплодия отмечают более высокую значимость для себя здоровья как жизненного стремления в сравнении с женщинами без негативного опыта. Это связано с опытом нарушения репродуктивной функции, обусловленной наличием расстройств гинекологического спектра. В виду этого укажем, что данные изменения скорее связаны с переживанием телесности, но влекут за собой трансформации и социального поведения и, следовательно, переживание особого социального опыта.

Пережив опыт лечения от бесплодия как состояния болезни, женщины начинают больше ценить свое здоровье, обращать внимание на изменения в состоянии своего организма. Понимание, что ситуация невозможности реализации себя в роли матери была обусловлена состоянием репродуктивной сферы, дает беременной женщине знание о том, насколько важно заботиться о своем здоровье. Осознав, что от ее состояния, зависит жизнь и здоровье малыша, женщина стремиться к сохранению и укреплению своего физического и психического благополучия, что отражается в особенностях поведения в социально значимых ситуациях, меняет систему отношений женщины и ведет к изменениям в переживании социального опыта.

Статистическая обработка результатов структурированного интервью показала значимые различия по показателю «Изменение ощущений». Это свидетельствует о том, что женщины, имеющие опыт лечения от бесплодия, больше уделяют внимание изменениям, которые происходят в их организме в связи новой социальной ситуацией - ситуацией беременности. В основе своей женщины с опытом лечения бесплодия отмечают более значимые изменения в своих ощущениях по сравнению с женщинами без негативного опыта.



Травмирующий опыт прошлого повышает сосредоточенность женщины на внутренних ощущениях, которые необходимы для повышения уверенности будущей мамы в благоприятном течении и исходе беременности.

Данные, полученные в ходе качественного анализа структурированного интервью, свидетельствуют о том, что более чем в половине случаев женщины с опытом лечения от бесплодия испытывают страх одиночества. Когда семья пребывает в статусе «бесплодного брака», отношения между супругами естественным образом нарушаются, чаще возникают конфликты на почве невозможности зачать малыша. При этом отсутствует связующее звено – ребенок – способное сохранить и укрепить брак. Эти факторы вызывают у женщины патологический страх остаться одной, т.к. для создания, сохранения и укрепления семейных отношений необходимо наличие возможности реализации социальной роли родителя. И, несмотря на восстановление репродуктивной функции, все равно у женщины сохраняется страх одиночества, что демонстрирует существенные особенности переживания социального опыта на уровне семейных отношений.

Еще одним важным аспектом социального опыта беременных женщин с опытом лечения от бесплодия является наличие страха «потерять» ребенка, таких женщин в данной выборке также чуть более половины. Опыт неудачных попыток забеременеть, знание о наличии в прошлом заболеваний, которые затрудняют процессы оплодотворения, и возможности невынашивания ребенка создают у женщины страх вновь потерять возможность быть матерью. При этом возрастает ценность самого ребенка, его жизни и здоровья, что повышает опасения его утраты. В контрольной выборке такой страх, как аспект социального опыта, также выявлялся, но в гораздо меньшей пропорции (20%).

Таким образом, на основе проведенного исследования можно сделать вывод, что беременные женщины с опытом лечения бесплодия отмечают более высокий уровень достижения целей в области социальной сферы, более высокую значимость здоровья как жизненного стремления. Наличие опыта лечения от бесплодия повышает внимание женщины к изменениям телесных ощущений, а также бесплодия испытывают страх одиночества и боятся потерять ребенка, что отражает важные изменения в переживании социального опыта.

Литература

1. Бежина Х.В. Структура социальной идентичности женщин с нарушениями репродуктивной функции. Автореф. дисс. ... канд. психол.наук. Ярославль, 2012.



2. Василенко Т.Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности. Автореф. дисс...доктора психол. наук. Санкт-Петербург, 2011.

3. Василенко Т.Д. Переживание беременности как фактор принятия социальной роли матери в контексте жизненного пути личности / Т.Д.Василенко // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки.- 2011.-№1.- С. 93-97.

4. Василенко Т.Д. Семья и психосоматическое здоровье ребёнка / Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина, А.В. Селин, И.А. Симоненко, А.В. Шевченко // Вестник российского фонда фундаментальных исследований. Гуманитарные и общественные науки.- № 1 (86).- 2017.- С. 112 – 121.

5. Василенко Т.Д. Смысловые аспекты телесного опыта хронического соматического заболевания / Т.Д. Василенко, А.В. Селин, Ф.Ю. Мангушев // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».- № 2.- 2016. - С. 116-121.

6. Селин А.В. Психологические особенности социального опыта беременных женщин с психосоматическими расстройствами / А.В. Селин, Е.Н. Суббота, В.А. Савостиков, Д.А. Раилко // Международный студенческий научный вестник.- № 6.- 2015.-С. 96.

7. Филиппова. Г.Г. Материнство: сравнительно психологический подход / Г.Г.Филиппова. // Психологический журнал.- 1999. -Т. 20.- № 5.- С. 81 – 88.

ПОЛОЖЕНИЕ ПОДРОСТКА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В СЕМЕЙНЫХ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ

Василенко Т.Д., Тинякова Е.В.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет, г.
Курск, Россия**

Представленное исследование направлено на изучение актуальной проблемы – проблемы взаимосвязи особенностей семейных отношений и психосоматических расстройств в подростковом возрасте. Выявлены специфические особенности структуры семейной системы и особенностей места подростка в семейных взаимоотношениях у соматически здоровых подростков и подростков в ситуации психосоматического расстройства. К особенностям позиции подростка в семейной системе относятся эмоциональная отдаленность от родителей, потребность в определении границ, тревога и



подавленные конфликты, эмоциональные связи с людьми, не принадлежащими к данной семье.

Ключевые слова: психосоматика, психосоматические расстройства, подростки, адаптация, семейные отношения.

THE POSITION OF A TEENAGER WITH PSYCHOSOMATIC DISORDER IN FAMILY INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

Vasilenko T. D., Tinyakova E.V.

The study aims to examine the problem of the relations between the features of family relationships and psychosomatic disorders in adolescence. The specific features of the structure of the family system and the peculiarities of the place of the teenager in family relationships in somatically healthy adolescents and adolescents in the situation of a psychosomatic disorder are revealed. The peculiarities of the position of a teenager in the family system include emotional distance from parents, the need for defining boundaries, anxiety and suppressed conflicts, emotional ties with people who do not belong to this family.

Key words: psychosomatics, psychosomatic disorders, adolescents, adaptation, family relationships.

Исследования, связанные с психосоматической медициной – новое направление, в котором изучаются психологические, социальные и культурные факторы возникновения телесных заболеваний. К этой теме обращались многие известные ученые. Тем не менее, приходится признать, что теоретически непротиворечивые и эмпирически плодотворные модели, раскрывающие механизм взаимодействия психологических и телесных процессов не разработаны и по сей день. Несмотря на трудности диагностики психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте, их встречаемость в данных возрастных группах составляет в России от 30 до 68% от числа всех детей и подростков, обращающихся в детские поликлиники [2]. До сих пор остаются дискуссионными вопросы, касающиеся содержания и роли факторов семейного уровня в возникновении психосоматических расстройств у детей и подростков, природы и механизмов эмоциональной дезадаптации как одной из причин их возникновения. Говоря о специфике подросткового возраста, необходимо заметить, что основной его целью является построение внутреннего мира подростка, подготовка его к взрослению, к полноценному включению в социум [1,2].

Объем выборки составил 30 подростков из полных семей в возрасте от 12 до 15 лет. Основная группа – 15 подростков с психосоматическими



расстройствами, группа сравнения – 15 здоровых подростков. Исследование на базе больницы проводилось в присутствии родителей и с их задокументированного согласия.

В исследовании были использованы проективные методики «Семейная социограмма» Э.Г. Эйдемиллера и «Кинетический рисунок семьи» Р. Бэнса, С. Кауфмана. Данные по проективным методикам представлены в дихотомической шкале, для статистической обработки применялся критерий углового преобразования Фишера.

Методика «Семейная социограмма» относится к рисуночным проективным методикам. Она позволяет выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье – прямой или опосредованный. Использование теста «Семейной социограммы» позволяет в ситуации «здесь-и-теперь» наглядно представить себе взаимоотношения в семье. Проективная методика «Семейная социограмма» используется в семейной психотерапии и семейном консультировании «для экстернализации неосознаваемого контекста взаимоотношений между членами семьи» [4].

Методика «Кинетический рисунок семьи» представляет богатую информацию о субъективной семейной ситуации исследуемого ребенка. Она помогает выявить отношения ребенка к членам своей семьи, семейные отношения, которые вызывают тревогу или конфликты для рисующего, показывают, как ребенок воспринимает взаимоотношения с другими членами семьи и свое место в семье. Используя данную методику следует иметь в виду, что каждый рисунок является творческой деятельностью, не только отражающей восприятие ребенком своей семьи, но и позволяющей ребенку анализировать, переосмысливать семейные отношения. В этом смысле рисунок семьи не только отражает настоящее и прошлое, но также направлен и на будущее, так как при рисовании ребенок интерпретирует ситуацию, решает проблему актуальных семейных отношений [1].

В результате сравнительного анализа показателей положения подростка в семейных межличностных взаимоотношениях по результатам методики «Кинетический рисунок семьи» были обнаружены статистически значимые различия по параметрам «Границы между членами семьи», «Наличие цвета», «Фигура, стоящая спиной» и «Отстраненность автора».

Наличие цвета на рисунках подростков с психосоматическими расстройствами указывает на тесные, тёплые семейные отношения. Они сопровождаются позитивной концентрацией на рисовании, что в результате отражается в большем декорировании, использовании разнообразных цветов. В то же время у подростков с психосоматическими расстройствами наблюдаются высокие показатели, указывающие на стрессогенные семейные отношения. Многие подростки рисовали как завуалированные преграды, так и четко



обозначенные границы между членами семьи, располагали свою фигуру дальше ото всех остальных. Эти данные говорят о бессознательном стремлении их оградиться, выстроить барьер от семейных отношений, получить пространство для существования собственного Я. Рисование фигуры, стоящей спиной указывает на противоречивость отношений в семье, на конфликтную ситуацию, противоречие в восприятии того или иного родственника. Наличие такой фигуры – признак высокого уровня тревожности в отношении семьи.

По результатам сравнительного анализа показателей положения подростка в семейных межличностных взаимоотношениях по результатам методики «Семейная социограмма» статистически значимые различия были обнаружены по критериям «Наличие персонажа, не принадлежащего данной семье», «Отличия в выборе фигур», «Непрерывная, ровная линия», а также «Симбиоз».

Малое количество отличий в выборе фигур у подростков в основной группе подразумевает низкий уровень дифференцировки членов семьи. Подростки с психосоматическими расстройствами воспринимают семью как целое и тесно связанное, тогда как для соматически здоровых подростков каждый член семьи уникален и существует независимо от других. Подростки в основной группе чаще изображали человека, который не принадлежит их семье. Это был либо фантастический образ, либо члены семьи, ушедшие из жизни, либо далёкие родственники или друзья семьи. Мы предполагаем, что связано это с тем, что с этими людьми у подростков были эмоционально-значимые связи и существует потребность в этих людях. Фантастические образы говорят нам об инфантильности автора. Слабая, прерывистая линия в большинстве рисунков подростков с психосоматическими расстройствами является признаком тревожности, диссонанса в семейных отношениях. Присутствие симбиотических отношений на социограмме подтверждает предположение о взаимосвязи тесных внутрисемейных отношений и психосоматических расстройств.

На основании проведенного нами исследования можно сделать вывод о том, что у подростков, находящихся в ситуации психосоматического расстройства, наблюдаются специфические психологические особенности семейных отношений. В частности, у подростков в основной группе наблюдаются эмоциональные связи с людьми, не принадлежащими данной семье, и потребность в этих людях по тем или иным причинам у них ограничена. Таким человеком может выступать или человек, ушедший из жизни, или далёкий родственник, не указанный как член семьи в первичной беседе, или друг семьи. В особенностях семейных отношений подростков основной группы также обнаруживаются признаки конфликтных ситуаций, тревожность. Подростки с психосоматическими расстройствами



демонстрируют большую по отношению к группе соматически здоровых подростков эмоциональную дистанцированность от родителей. Это связано с потребностью подростка в сепарации от семьи, в установлении контактов за пределами семейного круга. Невозможность отделиться вызывает у подростка чувство тревоги и эмоциональный диссонанс. У подростков основной группы также выявлена значительная потребность в определении границ. Невозможность дифференцировки «своего» и «чужого» в системе семейных отношений вызывает стремление оградиться, что, в свою очередь, подавляется авторитетом семьи и вызывает нарастание внутреннего конфликта.

Литература

1. Бернс Р.С. Кинетический рисунок семьи: Введение в понимание детей через кинетические рисунки. /пер. с англ. / Р.С. Бернс, С.Х.Кауфман.- М.: Смысл.- 2003.-с. 230
2. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. – Речь.- 2005.-с.120
3. Лифинцева А. А. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков / А.А. Лифинцева, А.Б. Холмогорова //Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – №. 1. – С. 70-83.
4. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, Ю. В.Викторо.- 4-е изд. – Издательский дом «Питер».- 2015.- 350с.

ПРЕДОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УСЛОВИЯ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Власова Н.В.

**Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского,
г. Саратов, Россия**

В статье рассматривается проблема суицидального поведения. Автор анализирует содержательные аспекты понятия суицид и его причины. Содержательно раскрывается интегративная модель факторов возникновения и динамика развития суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение, интегративная модель факторов суицидального поведения.



SUICIDAL BEHAVIOR: PREDETERMINING CONDITIONS AND DYNAMICS OF DEVELOPMENT

Vlasova N.V.

The article considers the problem of suicidal behavior. The author analyzes the content aspects of the concept of suicide and its causes. The integrative model of the origin factors and the dynamics of development of suicidal behavior are disclosed.

Key words: suicidal behavior, integrative model of factors of suicidal behavior.

Актуальность проблемы.

Одним из наиболее объективных индикаторов психического здоровья общества выступает показатель частоты суицидов. Выраженный рост суицидальной активности населения, по результатам исследований, наблюдается на фоне социально-экономической и политической нестабильности, фрустрации привычных ценностей и стереотипов жизни. По данным официальной статистики ВОЗ, каждый год кончают жизнь самоубийством около 800 000 человек в мире. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) делит все страны по показателю суицида на три группы. Россия относится к странам со средним уровнем суицида (от 10 до 20 человек на 100 тысяч населения).

Общая динамика по показателям суицида в России за последние 3-4 года отличается снижением: 2013-2014 г. – 19,5 случаев на 100 тыс. населения; 2015 г – 17, 7 случае; 2016 г. – 16, 5. Показатели по Саратовской области составляют в 2015 г. – 21, 4 случаев на 100 тыс. населения, а в 2016 г. – 19,7. Однако, предоставленная статистка демонстрирует достаточно высокие показатели суицида в России, в соотношении с другими странами. Определение проблемы суицида ставит вопрос о важной роли не только клинических психологов и психиатров в ее решении, но и значении школьных психологов в реализации превентивных мероприятий в работе с подростками группы риска.

Концептуальные основы и факторы суицидального поведения.

Многомерность наблюдаемых феноменов суицида указывает на существование терминологической неоднозначности в определении данной дефиниции суицидологами и клиницистами. Так, например, к суицидальному поведению относят различного рода аддикции, саморазрушающее, самоповреждающее, аутодеструктивное поведение. Польская Н.А. дает следующее определение деструктивным поведенческим проявлениям: «Аутодеструктивное поведение – это поведение, связанное с разными формами



саморазрушения: от высоко рискованных действий, нацеленных на поиск новых ощущений, до самоповреждений и суицидальных актов» [3, с.176].

Анализ различных определений суицида позволил выделить критерии, отделяющие его от других «суицидоподобных» и «парасуицидальных» действий, такими критериями выступают *намеренность* (как желание собственной смерти), *сознательность* (осознанность своих действий и их последствий) и *самостоятельность* акта самоубийства. Особое значение придается такому важному критерию как *добровольность* (собственное желание) *ipost hoc* («после того», приближение человека к смерти после совершенных действий)[4].

Опираясь на выделенные критерии, мы остановимся в качестве рабочего определения феномена суицида на формулировке, представленной Труновым Д.Г.: «*Суицид* – это добровольное, самостоятельное, осознанное и в достаточной мере саморазрушительное действие, непосредственной и ближайшей целью которого является лишение себя жизни; чаще всего суицид выступает как реакция на психотравмирующую ситуацию, как способ разрешения внутреннего конфликта» [4, с.66].

Следует отметить, что в современной суицидологии существует многообразие теорий и концепций суицидального поведения, акцентирующих внимание на превалирование того или иного фактора в возникновении суицидальных рисков. К ним, прежде всего, относятся: биологические, социальные, культуральные, психологические и клинические предпосылки. В работах исследователей Амбрумовой А.Г., Положия Б.С. отмечается, что при изучении феномена суицида необходимо рассматривать удельный вес каждого фактора, определяющего как предрасположенность к суицидальным рискам, так и динамику развития суицидального поведения [1;2]. В настоящее время популярной выступает концепция «Диатез-стресса» (стресса уязвимости), согласно которой возникновение суицидального поведения обусловлено влиянием взаимосвязи предопределяющих факторов и стрессогенных предикторов. Концептуальные основы «Диатез-стресса» (Положий Б.С., 2010) позволили разработать интегративную модель суицидального поведения, в которой, на основе учета взаимосвязи факторов представлены детерминанты возникновения и динамика развития суицидального поведения (табл. 1.).

Таблица 1.

Интегративная модель формирования суицидального поведения

Этиопатогенетический блок: <u>предопределяющие условия и факторы</u>		Клинико-динамический блок: <u>динамика и развитие процесса</u>		
Детерминанты	I	Детерминанты	Динамика развития	Детерминанты III



ранга	II ранга		ранга
<p><i>Биологические:</i> 1. мутации генов SLC6A4 и COMT (О.Н. Тиходеев, 2007) 2. нейробиологические нарушения (J.J. Mann, 1998)</p>	<p><i>Соматические заболевания:</i> - онкологические; - эндокринные; - хроническая почечная недостаточность; - СПИД; - инсульт и др.</p>	<p><i>Досуицидальный этап:</i> - снижение положительных эмоций в жизни человека. - основополагающее чувство безнадежности. - снижение адаптационных способностей. <i>Возникновение суицидальных мыслей</i></p>	<p>Коррелируют с уровнем социально-экономического, политического состояния общества</p>
<p><i>Клинические:</i> нарушение психического здоровья, в 95% случаев (по данным ВОЗ)</p>	<p><i>Алкоголизация наркомания</i></p>	<p><i>Пресуицидальный этап – от возникновения суицидальных мыслей до попыток осуществления.</i> - поведенческие, вербальные и эмоциональные предикторы, сигналы. Разработка плана реализации суицидальных замыслов</p>	<p><i>Суицидальные риски:</i> безработица, социальные кризисы, эмиграция</p>
<p><i>Личностно-психологические:</i> 1. Первичные личностные деформации в 5-6 летнем возрасте, низкая самооценка; 2. Наличие суицидоопасных черт личности: импульсивность, аутоагрессивность, нейротизм, неадекватная самооценка; низкая</p>	<p><i>Депрессия – высокий суицидальный риск</i></p>	<p><i>Реализации суицидальных намерений:</i> конкретные суицидальные действия.</p>	<p><i>Этнокультуральные факторы.</i> <u>1. Стабильно высокая частота суицидов:</u> - народы финно-угорской группы (карелы, коми, удмурты, марийцы, мордва и др.); - монгольской (буряты, калмыки) групп; - малочисленные этносы Севера, Сибири и Дальнего Востока (эвенки, эвены,</p>



стрессоустойчивость ; высокая степень перфекционизма. 3. Пограничное и нарциссическое расстройство личности. 4. Преобладание нарциссического радикал в пограничной структуре личности. 5. Наличие суицидальных попыток.			удэгейцы и др.). <u>2.Стабильно низкая частота суицидов:</u> -народы Северного Кавказа.
	<i>Религиозный фактор</i>	<i>Пост-суицидальный (при не летальном исходе)</i>	
	<i>Стрессовый фактор:</i> -личностно-семейные конфликты; -жизненные кризисы (развод, потеря работы, долги и др.) - фрустрации; -психическое, физическое и сексуальное насилие; - потеря близкого человека -наличие суицида у родственников.		

Как отмечает автор интегративной модели суицидальных рисков, Положий Б.С., «детерминанты II ранга повышают риск суицидального поведения, но, в отличие от детерминантов I ранга, не являются необходимым условием его возникновения»[2, с. 5]. Хочется отметить, раскрывая содержательно клинический фактор в данной модели, что риск возникновения суицида при депрессивных расстройствах увеличивается в 30 раз; при шизофрении – 15; эмоциональных расстройствах личности в 20 раз; при стрессовых расстройствах в 3 раза.



Таким образом, суицидальное поведение является результатом взаимосвязи многомерности факторов. Представленная интегративная модель суицида может быть использована как диагностический инструмент, позволяющий выявлять факторы риска и дезадаптивную уязвимость человека к стрессу. Говоря о подростковом суициде важно брать во внимание взаимосвязь факторов социального окружения, психиатрического и личностно-психологического радикала. Особым рискогенным личностно-психологическим фактором, в возникновении суицидальных намерений у подростков, выступает наличие аффективных расстройств, в которых присутствует положительная корреляция депрессии и импульсивной агрессии.

Литература

1. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения / А.Г.Амбрумова, В.А. Тихоненко // Методические рекомендации. – М.- 1980. [Электронный ресурс] http://www.studmed.ru/view/abrumova-ag-tihonenko-va-diagnostika-suicidalnogo-povedeniya_2c4fd3f064f.html (дата обращения 28.09.2017)
2. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б.С. Положий // Суицидология. -Том 6.- № 1 (18).- 2015. – С. 3-8
3. Польская Н.А. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / Н.А. Польская, Н.В. Власова // Консультативная психология и психотерапия.- 2015.- Том 23.-№ 4.-С. 176–190.
4. Трунов Г. Определение суицида: поиск критериев / Г.Трунов // Суицидология.- Том 7.- № 1 (22).- 2016. – С.64 – 66



ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ВЫГОРАНИЮ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Водопьянова Н.Е.

Санкт-петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

Статья подготовлена при финансовой поддержке РГНФ, название гранта «Теоретико-методологические основы ресурсного подхода к психологическому обеспечению профессионального здоровья руководителей» № 15-06-106 38.

В статье представлены ключевые принципы субъектно-ресурсного подхода к психологической помощи субъектам труда, подверженным синдрому выгорания. Обоснован оптимистический взгляд на возможность противодействия профессиональному выгоранию. Представлено понимание профессионального выгорания как системного качества субъекта труда в отличие от его традиционного понимания только как негативного психического состояния. Описаны понятия ресурсов и ресурсной базы противодействия выгоранию. Описана модель психологической помощи, которая содержит 9 модулей, ориентированных на расширение психологических ресурсов противодействия выгоранию и методы оценки эффектов психологических интервенций. Представлены результаты эмпирической проверки эффективности экспериментальной программы «Анти-выгорание», которая проводилась в тренингах в течение 10 лет.

Ключевые слова: выгорание, ресурсы, психологическая помощь, субъекты труда.

COUNTERACTING THE PROFESSIONAL BURNOUT IN THE CONTEXT OF THE PSYCHOLOGY OF HEALTH

Vodopyanova N. E.

The article presents the key principles of the subject-resource approach to psychological help to subjects of labor susceptible to the burnout syndrome. An optimistic view on the possibility of resisting professional burnout is grounded. An understanding of professional burnout as a systemic quality of the subject of labor is presented, in contrast to its traditional understanding only as a negative mental state. The concepts of resources and resource base to counter burnout are described. The model of psychological care is described that contains 9 modules aimed at expanding



the psychological resources of combating burnout and methods for evaluating the effects of psychological interventions. The results of an empirical testing of the effectiveness of the experimental program "Anti-burnout" conducted in many trainings for 10 years are presented.

Keywords: burnout, resources, psychological help, subjects of work.

Психология профессионального здоровья как научно-прикладное направление сформировалось в начале 90-х годов прошлого столетия, целью которого является раскрытие различных аспектов здоровья работающих людей. Психология здоровья – это относительно новая область знания в российской психологии, к развитию которой приступила открытая в 1989 году кафедра психологического обеспечения профессиональной деятельности (руководитель профессор Г.С. Никифоров) при факультете психологии Ленинградского (с 1991 г. – Санкт-Петербургского) государственного университета. Исходная идея разработки психологии здоровья заключается в том, что главный акцент в этой области знания должен делаться на изначальном формировании здоровой психики и последующем поддержании ее функционирования в этом качестве на всех этапах жизненного пути человека. С позиций профессионального здоровья ключевыми направлениями психологии здоровья являются: рассмотрение человека как субъекта труда и своего здоровья, раскрытие факторов здорового образа жизни, жизнестойкости, преодоления факторов риска профессионально-личностных деформаций и негативных последствий рабочих стрессов, разработка технологий профилактики и преодоления синдромов профессионального выгорания, хронической усталости, тайм-синдрома, синдрома сниженной работоспособности и других стрессовых синдромов, снижающих профессиональное здоровье субъектов труда.

Психологическая помощь «выгорающим» субъектам труда имеет непосредственное отношение к сохранению профессионального и социально-общественного здоровья трудоспособной части населения России (Водопьянова Н.Е., Молчанова Л.Н., Лукьянов В.В., Орел, В.Е. и др.).

Несмотря множество исследований по проблеме выгорания, остаются недостаточно разработанными научно обоснованные технологии его профилактики и коррекции. Негативный взгляд на синдром выгорания рассматривает его как необратимый и неизбежный для тех, кто отдает много душевных и физических сил работе и помощи другим людям. Наш позитивный взгляд на проблему выгорания допускает не только обратимость данного феномена, но также рассматривает острые переживания личностного «выгорания» как стимул для самоизменения, изменения ценностно-смысловых приоритетов, способов совладающего поведения, кардинального изменения коммуникаций в системе «человек-профессия-общество». Данная позитивная



точка зрения опирается на имеющиеся у нас эмпирические доказательства «смягчения» негативных появлений феномена выгорания после серии психологических тренингов. Оптимистический взгляд на возможность противодействия выгоранию связан принципами субъектного характера функционирования в различных пространствах и подпространствах человеческого бытия, на представлениях о человеке как активном субъекте, способного к развитию и преобразованию трансакций с социумом, субъекте совладающего поведения (С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский, А.Н. Леонтьев, Б.Г. Ананьев, Т.А.Крюкова и др.).

Одним из центральных положений разрабатываемого нами субъектно-ресурсного подхода к психологической помощи «выгорающим» специалистам относится понимание профессионального выгорания как системного качества субъекта труда в отличие от его традиционного понимания только как негативного психического состояния. Системный характер профессионального выгорания проявляется в психических состояниях, процессах, диспозициях и отношениях к себе, к субъектам и объектам профессиональной деятельности, в деформации профессиональной направленности в виде смыслового отчуждения и ресурсо-разрушающих копинг-стратегий [6, 7, 11]. Развитие профессионального выгорания рассматривается как следствие снижения ресурсного обеспечения и инволюции ресурсов субъекта из-за нарушения энергоинформационного взаимодействия в системе «субъект труда – профессия – организация – социум» [3]. В частности, по нашим наблюдениям за респондентами в Т-группах, осознаваемые переживания личностного «выгорания» могут выступать в качестве стимула для поиска внешних и внутренних ресурсов противодействия его негативным последствиям, разрушающим здоровье и психологическое благополучие субъектов профессиональной деятельности. Актуализация новых ресурсов замедляет или приостанавливает процессы профессионального выгорания. В связи с этим задачей психологической помощи является расширение или восстановление «ресурсной базы» субъекта труда. В «ресурсную базу противодействия» профессиональному выгоранию входят ситуационные и диспозиционные ресурсы субъекта, способствующие профессионально-личностному развитию, сохранению устойчивости функционирования и самореализации, а также когнитивно-поведенческие стратегии преодоления профессионально-трудных ситуаций и жизненных обстоятельств: чем выше их значения, тем меньше выраженность профессионального выгорания.

Второе важное положение субъектно-ресурсного подхода к психологической помощи «выгорающим» специалистам относится к пониманию ресурсов противодействия стрессогенным факторам профессиональной деятельности субъекта. *Ресурсы противодействия*



стрессогенным факторам, в том числе профессиональному выгоранию представляют собой систему ситуационных и диспозиционных взаимосвязанных и взаимовлияющих факторов (внутренних и внешних условий), способствующих профессионально-личностному развитию субъекта труда, сохранению продуктивного функционирования и преодолению профессионально и личностно - трудных ситуаций для достижения желаемых целей человека как субъекта деятельности. *Ситуационные ресурсы* – внутренние и внешние условия, возможности многоуровневой психологической регуляции, способствующие адаптации к текущим ситуациям. *Диспозиционные ресурсы* это – интра - и интерсубъектные факторы психологической регуляции, обеспечивающие устойчивое функционирование, проактивное совладание, достижение целей и задач в настоящем и будущем времени.

Третье положение нашего подхода относится к сочетанию организационно-управленческих и персональных усилий и ресурсов для противодействия профессиональному выгоранию. Система противодействия профессиональному выгоранию связана с расширением и сохранением «ресурсной базы» субъектов труда и может реализовываться как организационное управление, так и самоуправление ресурсами. Интегрированная психологическая помощь «выгорающим» специалистам должна быть ориентирована на повышение их конструктивной активности и ответственности относительно развития, сохранения и реконструкции ситуационных и диспозиционных профессионально-важных ресурсов.

На основе субъектно-ресурсной концепции противодействия профессиональному выгоранию была сконструирована модель психологической помощи «выгорающим» специалистам, направленная на расширение «ресурсной базы» личностно-и профессионально-важных ресурсов субъектов труда [1, 3]. На основе данной модели разработана методика психологической помощи, которая содержит 9 модулей, ориентированных на расширение системы психологических ресурсов разных уровней регуляции: рефлексия профессиональной идентичности, личных ресурсов и их дефицитов; рефлексия и активизация мотивационно-побуждающих к развитию ресурсов; рефлексия коммуникативных профессионально-важных ресурсов и компетентностей; рефлексия и активизация мотивационно-волевых ресурсов личностного роста и самоорганизации (мотивация к самоизменению); активизация ресурсов самодетерминации, автономности и ответственности за реализацию значимых целей, задач и планов; актуализация ресурсов самоподдержки и уверенности в успех – развитие диспозиционных ресурсов (активная жизненная позиция и оптимизм, позитивное самоотношение, уверенность в возможную эффективность, позитивные отношения к сосубъектам профессиональной деятельности; развитие ресурсов преодолевающего поведения с учетом



ситуационного контекста, в том числе с учетом временных локусов прошлого, настоящего и будущего; психоэнергетический модуль – расширение арсенала способов психофизической саморегуляции, освоение способов преодоления психоэнергетического истощения, дефицитов энергетических ресурсов; активизация самоконтроля достижений – оптимизация оценивания результатов, корректировка критериев их оценивания, декомпозиция целей или задач. Каждый модуль содержит широкий спектр традиционных тренинговых средств: мини-лекции, дискуссии, ролевые игры, психогимнастика, гештальт-техники, техники психосинтеза, релаксации и активизации, креативные этюды, проективные рисунки, визуализация личных ресурсов, телесно-ориентированные техники, кейсы, персональные консультации между сессиями, домашние задания и др.

Корректировка методики и эмпирическая проверка эффективности экспериментальной программы «Анти-выгорание» осуществлялась во многих тренингах в течение 10 лет. В итоге разработан наиболее оптимальный вариант программы, общим объемом 34 часа групповой работы в течение одного месяца, 16-18 часов посттренинговых подкрепляющих сессий, индивидуальных консультаций и заданий по практической реализации новых умений и знаний в течение двух месяцев.

Статистическая проверка эффективности экспериментальной программы проведена в трех группах специалистов (60 чел). Мониторинг выраженности профессионального выгорания и ресурсов противодействия ему в процессе проведения экспериментальной программы осуществлялся с помощью комплекса методик, оценивающих внешне наблюдаемые проявления субъектной активности (экспертное наблюдение) и внутренние – субъективно переживаемые признаки профессионального выгорания: самоотчеты, проективные тесты, опросники «Профессиональное выгорание» [5], «Психологическое отчуждение» [9], «Оценка потерь и приобретений персональных ресурсов» [4], стратегий совладающего поведения [2], шкалы для оценки субъектной активности [2] и самооффективности [10].

Спустя три месяца после начала программы наблюдалось статистически значимое снижение выраженности профессионального выгорания по трем его субфакторам и показателей смыслового отчуждения; значимо повысились показатели ресурсной обеспеченности (индекс ресурсности, «самоэффективности», «субъектности»). Выявлено, что коррекция профессионального выгорания («обратимость выгорания») осуществляется труднее при высокой выраженности выгорания. В соответствие с новой стандартизацией интегрального показателя выгорания это 4-5 стадии выгорания [5]. Полученные результаты подтвердили эффективность и научную обоснованность ресурсной модели противодействия профессиональному



выгоранию, перспективность использования субъектно-ресурсного подхода к оказанию психологической помощи «выгорающим» специалистам и подтверждают позитивный взгляд на возможность профилактики и коррекции профессионального выгорания.

Выводы

1. Противодействие профессиональному выгоранию возможно с помощью организационного управления и самоуправления ресурсным обеспечением трудовой деятельности.

2. Субъектно-ресурсная концепция природы профессионального выгорания является эффективной для теории и практики противодействия негативным последствиям данного феномена.

3. Экспериментальная программа психологической помощи «выгорающим» специалистам, разработанная на основе субъектно-ресурсного подхода способствует расширению «ресурсной базы противодействия» субъектов труда, снижению выраженности профессионального выгорания и психологического отчуждения.

Литература

1. Водопьянова Н. Е. Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека / Н. Е. Водопьянова // Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2009. – Вып. 1, ч. 1. – С. 75 – 88.
2. Водопьянова, Н.Е. Психодиагностика стресса. / Н.Е. Водопьянова.– М. – СПб.: Издательство «Питер». – 2009. – С. 144 – 155.
3. Водопьянова Н.Е. Ресурсное обеспечение противодействия профессиональному выгоранию субъектов труда: автореф. дисс. докт.психол. наук: 19.00.03. / Водопьянова Наталия Евгеньевна. – СПб. – 2014. – 48 с.
4. Водопьянова Н. Е. Стандартизованный опросник «Потери и приобретения ресурсов» для специалистов социально-экономических профессий / Н. Е. Водопьянова, А. Д. Наследов // Вестн. Тверского гос. ун-та. Серия: педагогика и психология. – 2013. № 26. С. 8– 22.
5. Водопьянова Н.Е. Стандартизованный опросник «Профессиональное выгорание» для специалистов социально-экономических профессий / Н.Е. Водопьянова, Е.С.Старченкова, А.Д. Наследов // Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. 12. – 2013. – Вып. 4. – С. 17– 28.
6. Дикая Л.Г. Феномен эмоционального выгорания профессионала в контексте системно-генетического подхода / Л.Г. Дикая //Труды института психологии РАН, Социальная психология труда: теория и практика. Том 1. / Отв. ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев М.: Изд. «Институт психологии РАН» – 2010. – С. 328– 351.



7. Китаев-Смык Л.А. Выгорание персонала. Выгорание личности, выгорание души / Л.А. Китаев-Смык // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. – 2007. – №4. – С. 2–21.
8. Орел В. Е. «Синдром психического выгорания личности» / В. Е. Орел. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН». – 2005. – 363 с.
9. Осин Е. Н. Смыслоутрата и отчуждение / Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев // Журнал Культурно-историческая психология. - 2007.- №4. - С. 68– 77.
10. Ромек В. Г. Русская версия шкалы общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема / В.Г. Ромек // Иностранная психология. – 1996 – № 7. – С. 71–77.
11. Ронгинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях Т. И. Ронгинская // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23, № 3. – С. 85–95.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К МАТЕРИНСТВУ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Глушкова В.П., Шульженко Д.С.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г.Курск, Россия**

В статье проанализированы психологические аспекты материнства у юных матерей. Описаны результаты исследования психологической готовности к материнству в подростковый период. Предпринята попытка проанализировать, каким образом уровень психологической готовности к материнству взаимосвязан с психологическими особенностями девочек-подростков.

Ключевые слова: материнство, готовность к материнству, подростковая беременность.

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF ATTITUDE TO THE MOTHERHOOD OF YOUNG WOMAN EXPECTING HER FIRST CHILD.

Glushkova V.P., Shulzhenko D.S.

The article analyzes the psychological aspects of motherhood in young mothers. The results of the study of psychological readiness for motherhood during adolescence are described. An attempt has been made to analyze how the level of



psychological readiness for motherhood is interconnected with the psychological characteristics of adolescent girls.

Key words: motherhood, readiness for motherhood, teenage pregnancy.

Проблема подросткового материнства в последние годы становится всё более актуальной. По данным Международной Федерации планирования семьи, ежегодно в мире становятся мамами более 15 млн. девочек-подростков [6].

Психологические аспекты материнства изучены с точки зрения различных концепций и подходов преимущественно у взрослых женщин. Тем не менее, при обширном обзоре этой темы юное материнство рассматривается в качестве отклонения от нормы, недостаточно изучены причины, побуждающие девочек материнству и психологические процессы, которые приводят к такому несвоевременному решению [1,2,4]. До настоящего времени недостаточно изучены особенности становления субъективного отношения юных матерей к новой социальной роли, будущему ребенку и материнству в целом. Отсутствуют исследования взаимосвязи между уровнем зрелости отношения к материнству и уровнем развития системы самоотношения, родительских установок и предполагаемых стилей последующих взаимоотношений с ребенком. Несмотря на относительную биологическую зрелость, юные матери еще не достигают должной социальной, эмоциональной и психологической самостоятельности для полноценного воспитания родившегося ребенка [5].

В связи с этим целесообразным является исследование отношения к материнству как психологического феномена у юных первородящих.

В исследовании приняли участие 30 девушек-подростков в возрасте 14-17 лет, находящиеся на дородовой госпитализации в ОБУЗ ОПЦ г. Курска. Основную группу составили 15 юных первородящих девушек-подростков, в контрольную группу вошли 15 девушек в ситуации первой беременности старше 17 лет.

При проведении исследования использовались в качестве основных методов исследования:

- 1) клинико-психологический, включающий интервью, эксперимент, наблюдение за поведением и сбор анамнеза;
- 2) статистический метод.

Статистический метод исследования включал следующие статистические технологии: 1) описательная статистика; 2) U-критерий Манна-Уитни, позволяет выявить различия между двумя выборками по уровню количественно измеренного признака; 3) корреляционный анализ R-Спирмена. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 7.0.

Нами был использован комплекс психодиагностических методик: методика для экспресс-диагностики психологической готовности к



беременности и материнству Коланьковой С.В.; опросник самооотношения (ОСО) В.В.Столина, С.Р.Пантिलеева; методика изучения внутрисемейных отношений PARI Е.С.Шефера и Р.К.Белл (адаптированной Т.В. Нещерет).

В результате проведенной методики для экспресс-диагностики психологической готовности к беременности и материнству Коланьковой С.В. было установлено, что психологическая готовность к материнству у юных беременных находится на низком уровне. В то время как в группе девушек старше 17 лет в большинстве случаев отмечается высокий уровень сформированности зрелого отношения.

На основании оценки значимости различий показателей опросника самооотношения (ОСО) с использованием критерия Манна-Уитни ($p < 0,05$) у юных матерей преобладают «самоинтерес» ($U_{эмп} = 21$; $U_{кр} = 92$) (интерес к собственным мыслям и чувствам, готовность общаться с собой «на равных», уверенность в своей интересности для других), «ожидаемые отношения от других» ($U_{эмп} = 71$; $U_{кр} = 92$) (ожидание позитивного или негативного отношения к себе окружающих), «самообвинение» ($U_{эмп} = 117$; $U_{кр} = 92$) (отрицание эмоций в адрес своего Я, внутренняя напряженность и открытость к восприятию отрицательных эмоций в свой адрес).

В то время как у беременных девушек старше 17 лет в структуре самооотношения преобладают «самоуважение» ($U_{эмп} = 8$; $U_{кр} = 92$); (тот аспект самооотношения, который эмоционально и содержательно объединяет веру в свои силы, способности, понимание самого себя), «самоуверенность» ($U_{эмп} = 39,5$; $U_{кр} = 92$) (отношение к себе как к уверенному, самостоятельному, волевому человеку), «саморуководство» ($U_{эмп} = 30$; $U_{кр} = 92$) (выраженное переживание своего Я, как внутреннего стержня, организующего его как личность в деятельности, общении).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в ситуации беременности юные матери обладают меньшими знаниями и представлениями о себе, в том числе и о выраженности каких-либо отдельных черт; в то время как девушки старше 17 лет гораздо лучше осведомлены о собственных индивидуально-типологических качествах и свойствах личности.

На основании оценки значимости различий показателей методики изучения внутрисемейных отношений PARI с использованием критерия Манна-Уитни ($p < 0,05$) у юных матерей преобладают «зависимость от семьи» ($U_{эмп} = 13$; $U_{кр} = 92$), «раздражительность» ($U_{эмп} = 25$; $U_{кр} = 92$), «сверхавторитет родителей» ($U_{эмп} = 57$; $U_{кр} = 92$), «несамостоятельность матери» ($U_{эмп} = 33$; $U_{кр} = 92$).

У беременных девушек старше 17 лет преобладают «вербализация» ($U_{эмп} = 27$; $U_{кр} = 92$), «развитие активности ребенка» ($U_{эмп} = 17$; $U_{кр} = 92$), «опасение обидеть» ($U_{эмп} = 39$; $U_{кр} = 92$).



Таким образом, можно сказать, что у юных матерей недостаточно сформированы родительские установки, оптимальные для воспитания и развития ребенка, в то время как у девушек старше 17 лет они сформированы в большей степени.

Корреляционный анализ данных исследования особенностей самоотношения юных матерей и девушек старше 17 лет с помощью ОСО В.В.Столина, так же выявил существенные отличия. Между низким уровнем психологической готовности к материнству и шкалами «Ожидаемое отношение от других» обнаружена средняя отрицательная корреляционная связь ($R = -0,68313$). Это значит, что чем ниже уровень психологической готовности к материнству, тем выше уровень ожидания позитивного или негативного отношения к себе окружающих.

Корреляционный анализ данных исследования особенностей внутрисемейных отношений матерей-подростков и девушек старше 17 лет с помощью методики PARI Е.С.Шефера и Р.К.Белл (адаптированной Т.В. Нещерет), выявил существенные отличия. Между низким уровнем психологической готовности к материнству и шкалами «Несамостоятельность матери», «Сверхавторитет родителей», «Семейные конфликты» обнаружена сильная отрицательная корреляционная связь ($R = -0,704005$). Это говорит о том, что чем менее сформирована психологическая готовность к материнству у девушки, тем выше эмоциональная дистанция с ребенком. Между низким уровнем психологической готовности к материнству и шкалами «Вербализация», «Партнерские отношения», «Развитие активности ребенка» обнаружена сильная положительная корреляционная связь ($R = 0,709091$). Это говорит о том, что чем выше уровень психологической готовности к материнству, тем выше отношение к семейной роли и оптимальный эмоциональный контакт.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что индивидуально-личностные особенности юных первородящих соответствуют во многом особенностям подросткового возраста (инфантильность, желание обратить на себя внимание окружающих, рефлексия), что не является оптимальной базой для рождения и воспитания будущего ребенка.

Литература

1. Волкова, В.В. Проблемы психологической детерминации юного материнства / В.В. Волкова // Проблемы психологии личности: возрастной, социальный и культурно-исторический аспект. – Петропавловск-Камчатский.- 2004. – С. 9-23.



2. Глушкова В.П. Особенности родительской семьи и психологическая готовность к родительству у юных первородящих / В.П. Глушкова, Д.С. Шульженко // Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Семья в современном мире» [Электронный ресурс] / Лазаренко В.А., Шульгина Т.А., Василенко Т.Д. – Текстовое (символьное) электронное издание (4 Мб). – Курск: КГМУ, 2017. – С.365-367.
3. Гурко Т.А. Опыты сексуальных отношений, материнства и супружества несовершеннолетних женщин / Т.А. Гурко // СоцИс: Соц. исслед. – 2002. – № 11. – С.83-91.
4. Дягилева А.В. Программа сопровождения юных матерей: Методическое пособие для специалистов / А.В. Дягилева, Е.В. Бурая. – Челябинск, 2013. – 182 с.
5. Левина Л.И. Подростковая медицина. Руководство для врачей /Л.И.Левина. – СПб.: «Питер».- 2006. –544 с.
6. Синчихин С.П. Ювенильная беременность как медико-социальная проблема / С.П. Синчихин, В.Ф. Коколина // Росс, вестн. акуш.-гинеколога. – 2004.- Т. 4. –№ 2. –С. 35-38.

БИОХАКИНГ — МОДНОЕ ВЕЯНИЕ ИЛИ ТЕХНОЛОГИЯ БУДУЩЕГО?

Грачёв Ю.Г.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г.Курск, Россия**

В представленной статье рассмотрены проблемы биохакинга в современном мире. Автором проанализированы спорные методы повышения личной эффективности за счёт медикаментозных и кибернетических психологий. Рассмотрен ряд экспериментов проведённых в новейшей истории.

Ключевые слова: Биохакинг, витамины, кибернетические психологии.

BIOKHAKING - A FASHIONABLE TREND OR TECHNOLOGY OF THE FUTURE?

Grachev Yu.G.

In the presented article the problems of biohacking in the modern world are considered. The author analyzed controversial methods of increasing personal effectiveness due to medical and cybernetic psychologies. A number of experiments conducted in recent history are considered.



Key words: Biohacking, vitamins, cybernetic psychology.

В данной статье под «биохакингом» мы будем понимать системный подход к биологии человека, который концентрируется на всех аспектах жизнедеятельности.

Желание стать более энергичным, здоровым, счастливым, уверенным, волевым и умным, улучшить настроение и концентрацию, а также продлить свою жизнь – сопровождало человечество на протяжении всей его истории.

У истоков биохакинга стоит культура Древнего Египта – с её протестом против самого понятия «смерть», которую египтяне считали «ненормальностью». Поиски бессмертия определили все мировоззрение египтян, всю их религиозную мысль, сформировали древнеегипетскую культуру [1].

Не отставали от древних египтян и китайцы. Китайская алхимия, по мнению многих исследователей, — самая древняя на планете. Считается, что алхимией жители поднебесной занимались уже во второй половине I тыс. до н. э. Алхимиками были даосы. Даосская алхимия представляла собой сплав философских идей, религиозных верований, магических ритуалов, научных достижений и практических (медицинских, фармакологических, диетологических и др.) приемов [1].

Даоскую алхимию принято делить на внешнюю и внутреннюю, но цель их была одна — обретение бессмертия.

Внешняя алхимия исходила из того, что бессмертия можно достичь, принимая медикаменты (эликсиры или пилюли), приготовленные особым образом.

Внутренняя алхимия полагала, что бессмертие достигается за счет определенных процессов в организме, и эти процессы можно активизировать с помощью особых упражнений и медитаций [1].

Над проблемой старения активно работали во всех странах мира, в том числе и в СССР. Вплотную к разгадке тайны омоложения удалось приблизиться доктору биологических наук Алексею Мезенцеву, совместно со своим коллегой Виктором Костюковым, совместно они разрабатывали препарат, омолаживающий организм человека [2].

Кандидат наук Алексей Дорогов, проведя ряд исследований, создал препарат, который излечивал практически ото всех болезней. Очевидцы утверждали, что у пациентов Дорогова разглаживались морщины, восстанавливался рост волос и зубов. Свой препарат он назвал АСД – антисептик-стимулятор Дорогова [3].

Самый известный случай – это факт омоложения драматурга Михаила Шатрова, которому было за семьдесят. Его познакомили с Виктором Сараевым



- видным биологом, занимавшимся вопросами старения, которого считали гениальным ученым, который, наконец - то избавит человечество от старости [2].

Во всех перечисленных случаях, учёные либо погибали, либо исчезали при невыясненных обстоятельствах. Ни рецептуры, ни ингредиентов найти так и не удалось.

Широкую огласку поиски системного подхода к биологии человека, который бы концентрировался на всех аспектах жизнедеятельности, получили, после заявления нобелевского лауреата Лайнуса Полинга [4].

В марте 1966 года, Лайнус Полинг, которому на тот момент было 65 лет, и который только что получил медаль имени Карла Нойберга (Carl Neuberg), получил письмо от биохимика Ирвина Стоуна с рекомендацией относительно приема «...3 тысяч миллиграммов витамина С, утверждая, что в результате Полинг проживёт еще 25 пять лет, а, возможно, даже больше» [5 с. 204].

Полинг последовал совету Стоуна и вскоре начал чувствовать себя более свежим и здоровым. Полинг заявил, что витамин С, если его принимать в больших дозах вместе с витамином А (25 тысяч международных единиц) и витамином Е (от 400 до 1600 международных единиц), а также с селеном (основной элемент) и бета-каротином (предшественником витамина А) способен сделать больше, чем просто предотвращать простуду и лечить рак — они могут применяться для лечения практически всех известных человеку заболеваний. Полинг объяснял свой подход ухудшением экологической обстановки и ростом требований к интеллектуальным и физическим возможностям человека. Подобный подход, кстати сказать, оспаривается до наших дней рядом видных учёных [5].

6 апреля 1992 года в журнале Time появилась статья: «Настоящая сила витаминов: новые исследования показывают, что они помогают бороться с раком, сердечными заболеваниями, а также с разрушительным воздействием старения» автор Анастасия Туфексис (Anastasia Toufexis). В этой статье она писала о том, что: «Витамины — иногда в дозах значительно превышающих рекомендуемые — способны защитить человека от множества болезней, в том числе от врожденных пороков и катаракты, от сердечных заболеваний и рака. Еще более провокационными являются намеки относительно того, что витамины способны отсрочить разрушительное воздействие старения» [6].

До сих пор данный номер журнала считается самым быстро распроданным за всю историю Time [6].

Основатель Университета сингулярности в Кремниевой долине Хосе Луис Кордейро считает, что биологический предел продолжительности человеческой жизни не существует. Более того, есть клетки, которые, по сути, бессмертны. Лучшие из них — это стволовые клетки. Срок их жизни не



ограничен. Правда, для этого они должны находиться в соответствующей среде. Если умирает организм, где находятся такие клетки, то они тоже умирают, хотя при этом и не стареют [7].

Кроме стволовых клеток, существуют раковые, то есть такие, где произошла серия мутаций, останавливающих биологическое старение. Раковые клетки биологически бессмертны. Поэтому, считает учёный, их будут подробно изучать, чтобы понять, как им удалось справиться с проблемой старения. Разработанные в результате этих исследований технологии, в конечном счете, можно будет применять на людях [7].

Но, подобные эксперименты энтузиасты биохакинга проводят на себе уже сейчас. Во всём мире активно обсуждается статья Сергея Фаге на Medium которая понравилась ряду известных деятелей в Кремниевой долине — Марку Андрессену, Питеру Диамандису, Навалу Равиканту, Каре Свишер и другим [8].

Автор описывает последние 4-5 лет своих занятий биохакингом тела и разума. Для этого он выделил и оптимизировал 6 блоков: гигиена сна, оптимальное питание, оптимальные физические нагрузки, ментальное здоровье, медицинские тесты, добавки и лекарства — и потратил на всё это примерно двести тысяч долларов [8].

Среди достигнутых результатов следующие: изменение ряда физических показателей в лучшую сторону (см. рис №1). Субъективно автор чувствует себя счастливее, спокойнее, энергичнее. Он стал более уверенным и сосредоточенным. И умным. Подразумевая под умом прикладную способность решать сложные проблемы [8].

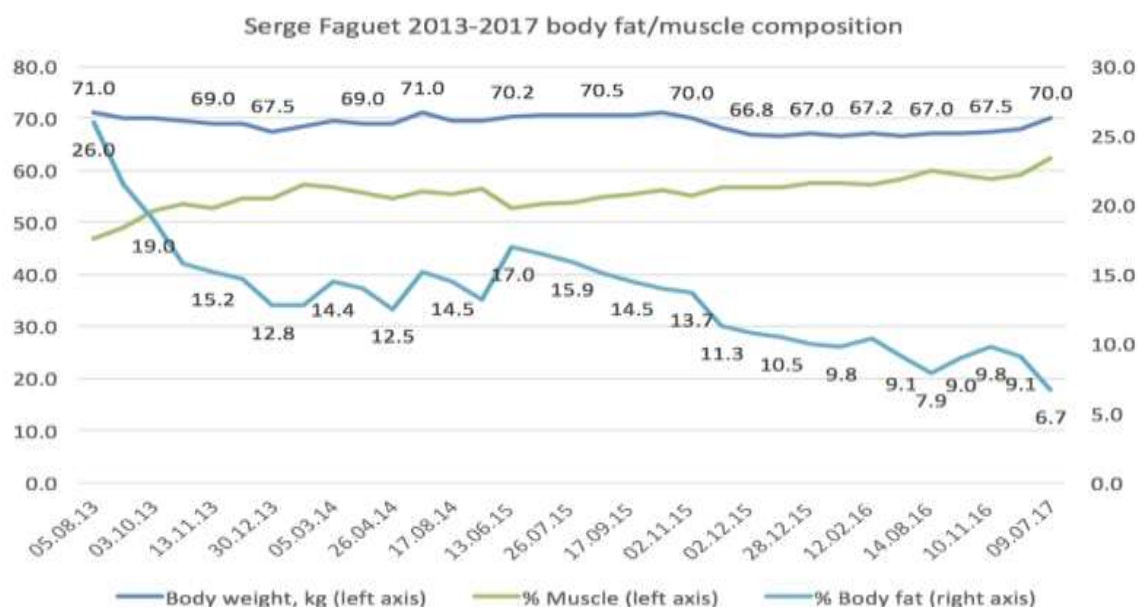


Рис. №1 Показатели Сергея Фаге



Биохакинг ставит перед человечеством ряд морально – этических и практических проблем, связанных не только с проблемой постоянного прироста населения и его стремительного старения, но так же и с тем, куда человек, проходящий биохакинг будет прилагать полученные, дополнительные ресурсы.

После просмотра футуристического фильма «Призрак в доспехах» (2017г.в.), в котором поднимались вопросы биохакинга с помощью трансплантации кибернетических технологий в тело человека, для расширения его физических и интеллектуальных возможностей, нами был проведён опрос студентов технического ВУЗа, в котором приняло участие 123 человека.

Практически все опрошенные проголосовали за расширение своих возможностей с помощью медикаментозного или кибернетического вмешательства.

На вопрос о разумности подобного вмешательства (наличие сложного технического проекта требующего его продвижения, получение новых знаний, умений и навыков, для реализации своих жизненных целей и т.д.), все опрашиваемые сообщили, что подобные цели перед ними не стоят, сверхвозможности им нужны: «просто, что бы были».

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что на современном этапе, биохакинг, должен рассматриваться как технология будущего, которая в первую очередь будет направлена на тех, кто ставит перед собой задачи, сопоставимые по сложности с рисками от использования экспериментальных технологий и под строгим медицинским контролем.

Литература.

1. История Древнего мира: Античность: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений: В 2 ч. — М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. -Ч. 1. – 448.
2. <https://svpressa.ru/post/article/178954/>
3. <https://russian.rt.com/science/article/431055-vechnaya-zhizn-otkrytiya>
4. https://ru.wikipedia.org/wiki/Полинг,_Лайнус
5. Карпер Дж. Не старейте! Изд. 2-е. Серия: Здоровье в любом возрасте М., "Попурри" – 1999. – 448 с.
6. <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,975217,00.html>
7. <https://russian.rt.com/science/article/431055-vechnaya-zhizn-otkrytiya>
8. <https://vc.ru/26886-personal-biohacking>



АНАЛИЗ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

**Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н.,
Мансимова О.В., Лесная Н.П.**

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

В статье представлен анализ признаков стрессоустойчивости у больных пульмонологического отделения на базе городской больницы № 6 города Курска. Анализ нервно-психической устойчивости проводился с помощью анкетирования больных, по следующим психодиагностическим методикам: методика «Прогноз» и шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности. Выявлено, что у большинства больных средний уровень нервно-психической устойчивости.

Ключевые слова: стресс, устойчивость, тревожность, расстройство

ANALYSIS OF STRESS RESISTANCE OF THE PERSON AT PATIENTS WITH PATHOLOGY OF RESPIRATORY SYSTEM

**Dorofeev, S. G., Shelukhina, A. N., Konoplya E. N.,
Mansimova O.V., Forest N. P.**

The article presents the analysis of signs of stress in patients with respiratory disorders on the basis of city hospital № 6 of the city of Kursk. Analysis of neuropsychic stability was conducted by surveying patients in the following psychodiagnostic methods: the methodology of the Forecast and the scale of assessment of level of reactive and personal anxiety. Revealed that the majority of patients the average level of neuropsychic sustainability.

Key words: stress, resilience, anxiety, disorder.

Проблемы психических расстройств у больных с соматической патологией, в том числе и заболеваниями органов дыхания, с каждым годом возрастает. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о высокой частоте и значительной выраженности психических расстройств у соматических больных.

Цель исследования: изучить стрессоустойчивость как комплексное внутриличностное образование у больных пульмонологического отделения на базе городской больницы № 6 г. Курска.



Материалы и методы: проведена беседа и тестирование 30 больных, находящихся на лечении в отделении пульмонологии больницы г. Курска № 6. Среди них 14 женщин и 16 мужчин. Возраст исследуемых в пределах от 29 до 74 лет. Были использованы следующие психодиагностические методики: методика «Прогноз» - для определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе (разработка Санкт-Петербургской военно-медицинской академии); Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина 2 часть (личностная тревожность).

Результаты исследования: количественный анализ результатов испытуемых позволил выделить три группы испытуемых с разным уровнем нервно-психической устойчивости и три группы испытуемых с разным уровнем тревожности из возможных трех. Большинство испытуемых - 47,22% от общего числа обладают средними показателями нервно-психической устойчивости, следовательно, у них выше риск дезадаптации в условиях стресса; 63,89 % испытуемых, показавших средний уровень тревожности, имеют оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги».

Заключение: полученные результаты позволяют сделать выводы, что у большинства больных средний уровень нервно-психической устойчивости. Это свидетельствует о том, что в условиях госпитализации они склонны переживать стресс и находятся в ситуациях ожидания, снижения скорости принятия решения, фрустраций. Они испытывают разнообразные переживания во время нахождения их в больнице: агрессию, обиду, смятение, чувство вины, а это накладывает на врача еще большую ответственность по уходу и лечению за данными больными.

Литература

1. Альмитова Р.А. Прогнозирование болезни легких по медико-социальным факторам риска / Р.А. Альмитова // Проблемы управления здравоохранением. – 2014.-№ 1. - С. 29 – 33.
2. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика А.Ф. Бондаренко // Психотерапия. -М.: Изд-во Ин-та.- 2010.- С. 112 – 114.
3. Васильева А.М. ХОБЛ – проблема и лечение / А.М. Васильева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.— Москва, 2013.- № 4. С.37 – 40.
4. Петровский А.В. Основы теоретической психологии / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский // Психология. - М.-2008.- С. 106 – 197.



КОНФЛИКТОГЕННОСТЬ МЕЖПОКОЛЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н., Мансимова О.В.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

В статье представлен анализ представления молодого поколения о старости. Анализ положительных и отрицательных характеристик возраста старости проводился с помощью анкетирования студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, возраста 20-22 лет.

Ключевые слова: возраст, отношения, поколение, конфликт

CONFLICTS OF INTER-GENERATIONAL INTERACTION

Dorofeev, S. G., Shelukhina, A. N., Konoplya E. N., Mansimova O.V.

The article presents an analysis of the performance of the younger generation about old age. Analysis of positive and negative characteristics of old age was conducted by surveying students of the medical faculty of the Kursk state medical University, age 20-22 years.

Key words: age, relationship, generation, conflict.

Исследование проблемы межпоколенного взаимодействия весьма актуально, так как генерационная структура нашего общества устроена таким образом, что мы находимся, и всегда будем находиться в тесном контакте с представителями различных поколений. В кругу семьи, на работе, в общественном транспорте мы постоянно вступаем во взаимодействия с другими людьми, носящие разнообразный характер.

Проблема межпоколенных взаимодействий вечная, существующая со времен возникновения человеческого общества. Проблема отношений между поколениями волновала исследователей не одно столетие. Человеческое общество существует и развивается благодаря взаимодействию поколений.

Поколение - группа людей, ограниченная рамками возраста, живущая в определенный исторический период, в определенных социокультурных условиях. Межпоколенные отношения - это сложный многоуровневый и многокомпонентный системный, опосредованный культурно-историческим развитием общества, процесс, суть которого заключается в осознанной, ценностно-осмысленной и эмоционально окрашенной интра - и



интерпсихической активности субъектов – представителей разных поколений – людей разного возраста.

Конфликт - это столкновение противоположных целей, позиций, мнений и взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия, это форма отношений между потенциальными или актуальными субъектами социального действия, мотивация которых обусловлена противостоящими ценностями и нормами, интересами и потребностями. Существенная сторона социального конфликта состоит в том, что эти субъекты действуют в рамках некоторой более широкой системы связей, которая модифицируется под воздействием конфликта.

Цель — изучить представления молодого поколения о старости.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 100 студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета, возраста 20-22 лет (из них девушек -70; юношей - 30). Студентам предлагалось описать возраст, который они относят к старости, назвать положительные и отрицательные стороны этого возраста. В инструкции мы просили испытуемых студентов, представив себя в старости, написать, какими бы они хотели себя видеть в этом возрасте, и что для них неприемлемо. Полученные данные были подвергнуты анализу.

Результаты. Проанализировав материалы исследования, мы получили 67 положительных и 43 отрицательных характеристик возраста старости. Попытка их классифицировать привела к выделению 3-х критериев: внешний вид, материальное положение (достаток), деятельность. При анализе описания деятельности многие студенты большое внимание выделили как положительную характеристику старости: наличие трудоспособности, ведение домашнего хозяйства, забота о саде, игра с внуками, путешествия, увлечения.

При анализе описания внешнего вида, многие студенты выделили как отрицательную характеристику. К положительным относят: чистоплотность, ухоженность, следование моде. К отрицательным: наличие

морщин, пигментные пятна на коже, седина. Отметим, что больше половины студентов, отвечавших на вопросы, - это девушки. Вероятно, поэтому, описание изменений внешности носит отрицательные представления о старости.

Проблема материального благополучия, по мнению студентов, не самая актуальная для старости. Многие студенты считают, что благоприятным для старости является жизнь в достатке, наличие своего жилья и социальная защищенность.

Вывод: представляется, с одной стороны, что молодежи мало известно, что значит состариться, поэтому она относит старость к далеким и мрачным перспективам, о которых приятнее мыслить позитивно. С другой стороны, все опрошенные молодые люди имеют дедушек, бабушек. Видимо, юношеская



позиция, выражающаяся в стремлении видеть желательное, вместо действительного, сталкивается с эгоцентрической позицией пожилых людей. В итоге перед нами иллюстрация существенного расхождения социальных представлений, ведущих к малой возможности взаимопонимания между поколениями. Выходом может быть лучшее узнавание старшего поколения молодым через более неформальные контакты и помощь, порождающие взаимопонимание.

Литература

1. Асмолов А.Г. Психология личности / А.Г. Асмолов // М.: Изд-во Моск. ун-та.- 1990. - С. 134 – 140.
2. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг // СПб.: Питер.- 2009.- С. 12 – 14.
3. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я.Стюарт-Гамильтон // сборник СПб.:Питер.- 2002.- С. 127 – 140.
4. Фоломеева Т.В. Социальные представления о благополучии Т.В.Фоломеева, И.И.Серегина // Мир психологии. - 2004. - №3.- С. 122 - 131.

ЭФФЕКТ БОЛЕЗНЬ-МОДИФИЦИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ СПЕЦИФИКА ЛИЧНОСТНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Доценко А.Е., Разуваева Т.Н.

НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Статья посвящена изучению специфики личностной идентичности у подростков, склонных к девиантному поведению. В статье представлен краткий теоретический обзор проблемы идентичности в отечественной и зарубежной психологии, рассмотрены характеристики идентичности в подростковом возрасте. Показана необходимость психокоррекционного воздействия на негативную идентичность как одной из главных причин девиантного поведения в подростковом возрасте.

Ключевые слова: идентичность; личностная идентичность; подростковый возраст; девиантное поведение; отклоняющееся поведение в подростковом возрасте.

THE EFFECT OF DISEASE-MODIFYING THERAPY



SPECIFICS OF PERSONAL IDENTITY IN ADOLESCENTS WHO ARE PRONE TO DEVIANT BEHAVIOR

Dotsenko A. E., Razuvaeva T. N.

The article is devoted to the study of personal identity in adolescents who are prone to deviant behavior. The article presents a brief theoretical overview of the problem of identity in domestic and foreign psychology, the characteristics of identity in adolescence. The necessity of psycho-corrective impact on the negative identity as one of the main causes of deviant behavior in adolescence.

Keywords: identity; personal identity; adolescence; deviant behavior; deviant behavior in adolescence

На сегодняшний день проблема идентичности – одна из ключевых проблем в междисциплинарном дискурсе социально-гуманитарных наук. С середины 70-х годов XX века данный термин встречается во всех справочных изданиях, энциклопедиях, словарях. В самом общем понимании идентичность означает «...осознание принадлежности объекта (субъекта) другому объекту (субъекту) как части и целого, особенного и всеобщего» [8, с. 154].

Проблема идентичности активно разрабатывается за рубежом и выступает в качестве предмета изучения различных научных школ и направлений: психодинамический (З. Фрейд, У. Джеймс, Э. Эриксон, Дж. Марсиа), когнитивный (Г. Теджфел, Дж. Тёрнер, Г. Брейкуэлл), бихевиоральный (М. Шериф), символический интеракционизм (Ч. Кули, Дж. Г. Мид, Р. Фогельсон, Ю. Хабермас, И. Гоффман). Кто впервые употребил термин «идентичность» – до сих пор остается неизвестным. Вместе с тем истоки данного понятия уходят к работам З. Фрейда «Толкование сновидений» и «Групповая психология и анализ эго» [7].

В отечественной психологии представления об идентичности складываются на основе исследований самосознания и самоотношения. В качестве её элементов выступают нормы, цели, ценности и убеждения (Л.С. Выготский, И.С. Кон, В.В. Столин, З.И. Левин, И.И. Чеснокова, А.Г. Спиркин, В.С. Мухина, Н.В. Ковалёва, М.В. Заковоротная и др.).

Поскольку личностная идентичность определяет жизненную позицию человека в процессе обучения и воспитания, особую значимость приобретает исследование механизмов её формирования в подростковом возрасте, когда под воздействием различных факторов (природных, социальных и личностных) возрастает риск становления негативной личностной идентичности [2]. Негативная идентичность в подростковом возрасте является следствием проблем в обучении, в межличностном взаимодействии со сверстниками,



родителями и педагогами. Неадекватные поступки индивида, нарушения в той или иной деятельности могут быть следствием кризиса личностной идентичности [5]. Неумение подростка разрешать конфликты с окружающими людьми и отстаивать собственное мнение компенсируется формированием негативной позиции, которая выражается в девиантном поведении (употребление психоактивных веществ, алкоголя, курительных смесей и др.) [3]. Сегодня проблема девиантного поведения в подростковом возрасте стоит особо остро.

Целью данного исследования являлось изучение специфики личностной идентичности у подростков, склонных к девиантному поведению.

Исследование проводилось на базе МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 37 г. Белгорода». Выборку составили 83 подростка: 46 девочек и 37 мальчиков в возрасте 13-16 лет.

С целью выявления склонности к девиантному поведению, а также изучения специфики личностной идентичности в подростковом возрасте были использованы следующие методики:

- Тест-опросник для выявления склонности к различным формам девиантного поведения «ДАП-П» (СПб., ВМедА, кафедра психиатрии, НИЛ-7, 1999).
- Тест «Кто Я?» (М. Кун, Т. Макпартленд; модификация Т.В. Румянцевой).
- Методика исследования личностной идентичности «Я о себе» (В.Б. Никишина, Е.А. Петраш).
- Методика исследования самооотношения С.Р. Пантелеева (МИС).

В результате проведенного исследования было установлено, что из 83 опрошенных 20 (24%) респондентов имеют низкий уровень склонности к девиантному поведению, у 45 респондентов (54%) выявлена значительная предрасположенность к различным формам девиаций (аддиктивное, делинквентное и суицидальное поведение), у оставшихся 18 респондентов (22%) наблюдается высокая склонность к девиантному поведению.

Изучение особенностей личностной идентичности у подростков с высоким и низким уровнем склонности к девиантному поведению показало следующее.

У подростков с низким уровнем склонности наблюдается средний уровень выраженности социально-психологической адаптации ($M_e=23,6$), что соответствует мораторию идентичности (по Дж. Марсиа). Это свидетельствует о позитивном самооотношении, устойчивой системе ценностных ориентаций и среднем уровне рефлексивности, самостоятельности и авторитарности. У 3-х респондентов данной группы (15%) наблюдается достигнутая позитивная идентичность ($M_e=34,6$), характеризующаяся высоким уровнем выраженности



социально-психологической адаптации, высоким уровнем рефлексивности и самостоятельности при низкой авторитарности.

У подростков с высоким уровнем склонности к девиантному поведению выявлен низкий уровень выраженности социально-психологической адаптации ($Me=19,4$) (диффузная (неопределенная) идентичность). Для таких подростков характерна неустойчивость самооотношения и системы ценностных ориентаций, средний уровень рефлексивности и авторитарности при высокой самостоятельности.

Согласно Дж. Г. Миду, в основе личностной идентичности лежат размышления индивида о себе, своём поведении. В связи с этим рассмотрим особенности самооотношения у исследуемых подростков (Рис.1.).

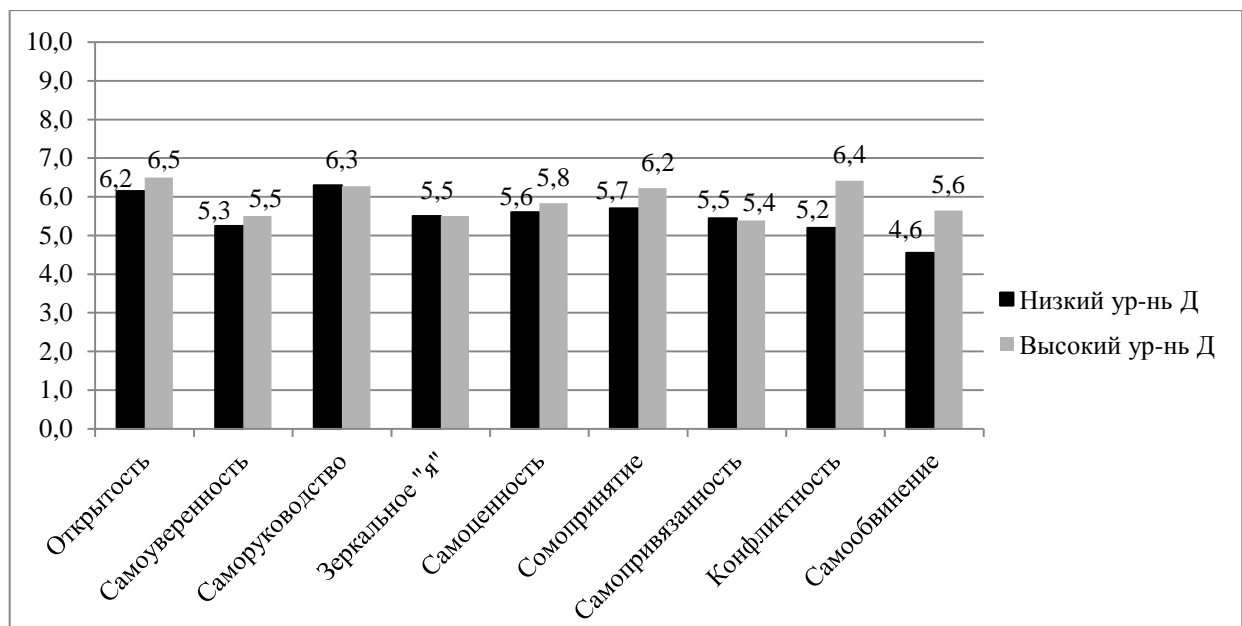


Рис.1. Показатели самооотношения у подростков с низким и высоким уровнем склонности к девиантному поведению (Me)

Подростки демонстрируют избирательное отношение к себе ($Me_1=6,2$; $Me_2=6,5$), к своим личностным свойствам: им приходится преодолевать некоторую психологическую защиту при актуализации других. В привычных для себя условиях жизни, в которых все возможные изменения знакомы и хорошо прогнозируемы, подростки проявляют выраженную способность к самоконтролю, ориентированы на успех начинаний, что придаёт им уверенность в себе ($Me_1=5,3$; $Me_2=5,5$). В новых же для себя ситуациях регуляционные возможности «Я» ослабевают, в результате нарастает тревога и беспокойство ($Me=6,3$).

Подростки склонны высоко оценивать ряд своих качеств, признавать их уникальность ($Me_1=5,6$; $Me_2=5,8$). Другие же их черты недооцениваются,



поэтому замечания окружающих могут вызвать ощущение малоценности, личностной несостоятельности. Помимо этого, наблюдается избирательное восприятие отношения окружающих к самим подросткам (позитивная позиция распространяется лишь на определенные качества и на определенные поступки).

Самоотношение у подростков с высоким и низким уровнем склонности к девиантному поведению имеет свою специфику..

Так, у подростков с высоким уровнем склонности сильнее выражен негативный фон отношения к себе ($Me=6,4$). При этом возможно отрицание своих проблем и поверхностное восприятие себя. В то же время у подростков с низким уровнем отношение к себе зависит от степени адаптированности в ситуации ($Me=5,2$). В привычных для себя условиях, особенности которых хорошо знакомы и прогнозируемы, прослеживается положительный фон отношения к себе, признание своих достоинств и высокая оценка своих достижений. У подростков с высоким уровнем склонности к девиантному поведению обвинение себя за те или иные поступки и действия сочетается с выражением гнева, досады в адрес окружающих ($Me=5,6$).

При анализе результатов, соответствующих трем интегральным факторам, по фактору «Внутренняя неустроенность» выявлены статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) в группах с высоким ($Me=6$) и низким уровнем ($Me=4,9$) склонности к девиантному поведению. В данном случае у подростков с высоким уровнем значение показателя указывает на большую выраженность негативного самоотношения и самоуничижения, что свидетельствует о возможной дезадаптации личности.

Таблица 1.

Выраженность идентификационных характеристик у подростков с высоким и низким уровнем склонности к девиантному поведению

Идентификационные характеристики	Подростки с низким уровнем склонности к девиантному поведению		Подростки с высоким уровнем склонности к девиантному поведению	
	Кол-во опрошенных	%	Кол-во опрошенных	%
Социальное Я	17	85	14	78
Коммуникативное Я	10	50	5	28
Материальное Я	4	20	4	22
Физическое Я	6	30	7	39
Деятельное Я	18	90	15	83
Перспективное Я	6	30	0	0



Рефлексивное Я	20	100	18	100
Всего опрошенных:	20		18	

Анализируя содержательные характеристики личностной идентичности, когнитивной, эмоционально-оценочной составляющих Я-концепции, представленные в таблице 1, можно сделать следующие выводы.

У большинства подростков (78%) с высокой склонностью к девиантному поведению выявлена неадекватно завышенная самооценка, которая свидетельствует о гипертрофированном оценивании своих достоинств: они переоцениваются и приписываются, с одной стороны, и недооцениваются и исключаются собственные недостатки, с другой. Такие подростки отличаются экстернальным локусом контроля в ситуации фрустрации, высоким уровнем притязаний, который не соответствует их реальным возможностям.

Схожие результаты можно встретить в исследованиях Е.М. Бехтиной и Е.В. Кузнецовой [1], согласно которым неадекватное восприятие собственных возможностей и способностей (очень высокий/низкий уровень самоуверенности) может стать одной из причин девиантного поведения.

У большинства подростков с высоким уровнем склонности к девиантному поведению (67%) преобладают отрицательные категории при описании собственной идентичности. В большинстве своём описываются недостатки, проблемы идентификации («дурак», «отбитый», «психопат», «толстая», «социопат», «странная», «изгой», «глупая», «грустная», «ленивый/ая»), что свидетельствует о негативной личностной идентичности подростков данной категории.

В группе подростков с высокой склонностью к девиантному поведению наблюдается относительно низкий процент респондентов (39%), которые бы воспринимали себя через членство в социальной группе. В общении со сверстниками подросток познаёт различные формы взаимодействия, учится рефлексии высказывания, эмоционального и поведенческого проявления. Следует акцентировать внимание на том, что слабые социальные связи со сверстниками или отсутствие таковых могут привести к тому, что у подростка не будут сформированы необходимые навыки и модели взаимодействия в социуме. Это, в свою очередь, может привести к закреплению и дальнейшему развитию деструктивных форм девиантного поведения. Е.В. Киселёва [4] отмечает, что ключевыми проблемами в подростковом возрасте являются недостаточно развитая способность к установлению и поддержанию социальных контактов, неумение подростков подчеркнуть свою индивидуальность конструктивными способами.



Представление о будущем у подростков очень размыто и расплывчато, вплоть до отсутствия содержательной ориентации (0%). Они с напряжением относятся к своему будущему, не верят в свободу выбора и в свои собственные силы. Наличие трудностей в установлении связи между собственными действиями и значимыми событиями жизни делает подростков зависимыми от окружающего мира, от внешних событий. По мнению ряда авторов (И.В. Дубровина, Е.О. Смолева, Л.Ю. Бухлина, С.В. Березин, К.С. Лисецкий, А.И. Фёдоров и др.), одной из причин формирования девиантного поведения в подростковом возрасте является негативное влияние несформированности временной перспективы. Временная перспектива будущего формируется под воздействием общекультурных, социальных норм, интериоризации ценностных установок общества. При этом высокая степень нестабильности и неопределённости жизни обуславливают нежелание формировать перспективы будущего [6].

Таким образом, специфика идентичности у подростков, склонных к девиантному поведению, заключается в преобладании негативного фона отношения к себе, неадекватно завышенной самооценке, низком уровне коммуникативной компетентности, несформированности временной перспективы и негативной идентичности в целом. При отсутствии психокоррекционного воздействия и наличии антисоциальных групп, а также нездоровых отношений в семье негативная идентичность закрепляется. Поэтому необходимо трансформировать негативную позицию в позитивную личностную идентичность, когда подросток будет отождествлять себя с той или иной группой и развивать в себе качества, соответствующие её требованиям. Психокоррекционное воздействие способствует более позитивному формированию самоотношения, интеграции «Я образа», повышает рефлексивную способность.

Литература

1. Бехтина, Е.М. Взаимосвязь склонности к девиантному поведению и особенностей Я-концепции старших подростков / Е.М. Бехтина, Е.В. Кузнецова // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб. ст. по мат. XVI междунар. студ. науч.-практ. конф. № 1(16). [Электронный ресурс]. - URL: [http://sibac.info/archive/guman/1\(16\).pdf](http://sibac.info/archive/guman/1(16).pdf) (дата обращения: 11.10.2017).
2. Диривянкина, О.В. Девиантное поведение личности как результат взаимодействия биологических и социальных факторов / О.В. Диривянкина // Общество с ограниченной ответственностью «Центр развития научного сотрудничества» (Новосибирск)- 2016. - №25. - С. 35-41.



3. Иванов, Д.В. Психологическая коррекция негативной идентичности у девиантных подростков / Д.В. Иванов // СНВ.- 2013. - №3 (4).- С.38-41.
4. Киселева, Е.В. Формирование социальной идентичности у современных подростков / Е.В. Киселева // Молодой ученый. - 2016. - №10. - С. 1376-1378.
5. Ковтун, Л.О. Личностные особенности подростков, склонных к девиантному и делинквентному поведению / Л.О. Ковтун // Вестник КемГУ, 2012. - №1. С.81-89.
6. Локтева, А.В. Личностные особенности подростков с донологическими формами алкоголизации / А.В. Локтева // II Сборник трудов молодых ученых и специалистов Белгородской области / Упр. проф. образования и науки Белгор. обл. - Белгород, 2013. - Т.1. - С. 226-230.
7. Оломский, А.А. Зарубежные подходы к изучению идентичности личности в психологии / А.А. Оломский // Актуальные вопросы психологии и педагогики в современных условиях / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 4. г. Санкт-Петербург, 2017.- С. 157-162.
8. Садохин, А.П. Этнология / А.П. Садохин, Т.Г. Грушевицкая. - М.: Академия; Высшая школа, 2000. - 304 с.

КОМОРБИДНОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ НА КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Дронова Т.А., Фаваз З.Ф.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет
Минздрава России, г. Курск, Россия**

В статье обсуждаются депрессивные и тревожно-депрессивные состояния, входящие в кластер соматопсихических расстройств, у коморбидных кардиологических больных старших возрастных групп. Рациональная комбинированная болезнь-модифицирующая фармакотерапия приводит к достоверному улучшению клинико-психологического статуса больных без использования транквилизаторов и антидепрессантов.

Ключевые слова: клинико-психологический статус, тревога и депрессия, сердечно-сосудистые заболевания, болезнь-модифицирующая фармакотерапия.

THE EFFECT OF DISEASE-MODIFYING THERAPY OF COMORBID CARDIOVASCULAR DISEASES ON THE CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STATUS OF ELDERLY PATIENTS

Dronova T.A., Favaz Z.F.



The article discusses anxiety and depressive states as the cluster of somatopsychic distresses in comorbid cardiac patients of older age groups. Rational combination of disease-modifying pharmacotherapy leads to a significant improvement of clinical and psychological status of patients without the use of tranquilizers and antidepressants.

Key words: clinical and psychological status, anxiety and depression, cardiovascular diseases, disease-modifying pharmacotherapy.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и депрессии в настоящее время являются двумя наиболее распространенными причинами инвалидности в странах с высоким уровнем дохода и, как ожидается, к 2030 году станут ведущими патологическими состояниями для всего мира [16]. У пациентов с депрессией ССЗ развиваются в 2-4 раза чаще, а летальность после перенесенных коронарных событий – в 2-4 раза выше [2, 7, 16]. Депрессии и ССЗ взаимно утяжеляют течение друг друга [9]. ССЗ могут явиться причиной развития и видоизменения течения депрессии (нозогенные, соматогенные – «сосудистые» депрессии). Депрессивные состояния (ДС) рассматриваются как независимый фактор риска развития неблагоприятного течения и исхода ССЗ. Проспективные исследования последних лет свидетельствуют о том, что ДС выступают в качестве независимого фактора риска развития артериальной гипертонии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также наиболее серьезных сердечно-сосудистых осложнений – инфаркта миокарда и мозговых инсультов [4-6, 10, 13]. Установлено более широкое, чем считалось ранее, распространение тревоги и депрессии среди пожилых лиц [5, 12, 13, 16]. Применение трициклических антидепрессантов у больных старшей возрастной группы, для которых характерна коморбидность патологических состояний, крайне нежелательно из-за соматотропных эффектов этих лекарственных средств (ЛС), в том числе вследствие влияния на проводящую систему сердца. Назначение этих ЛС даже в терапевтических дозах сопровождается удлинением интервалов PQ, QRS и QT. Психотропные ЛС влияют на тромбоцитарное звено гемостаза. Недоучет побочного действия отдельных антидепрессантов на кроветворную систему может привести к жизненно опасным осложнениям [3, 7, 8]. До настоящего времени недостаточно изучены эффекты базисных, болезнь-модифицирующих антигипертензивных и антиангинальных ЛС на психический статус пациентов с коморбидной кардиоваскулярной патологией. В связи с вышеизложенным, **целью** исследования явилась оценка эффекта влияния на клинико-психологический статус базисной фармакотерапии коморбидных больных в условиях кардиологического стационара.



Материалы и методы. Обследовано 105 больных: 34 мужчины (32%) и 71 женщина (68%) в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст = $72,93 \pm 7,42$ лет), страдающих эссенциальной АГ с ассоциированными клиническими состояниями: ИБС и ХСН. Каждый пациент дважды – в день госпитализации и через 12 дней – оценивал свое состояние с использованием визуальной аналоговой шкалы (VisualAnalogueScale – VAS), краткой шкалы оценки психического статуса (MiniMentalStateExamination – MMSE) [17], госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HospitalAnxietyandDepressionScale – HADS) [18] и шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (ThecenterforEpidemiologicStudiesDepressionScale – CES-D) [1]. Осуществлялась оценка коморбидности по системе CIRS-G (CumulativeIllnessRatingScaleforGeriatrics) [14, 15] и индексу коморбидности Чарльсона [11]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием тестов Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилки и хи-квадрат; для параметров, имеющих нормальное распределение, при сравнении средних значений, для случая равных дисперсий использовался гомоскедатический t-критерий Стьюдента, для случая различных дисперсий – гетероскедатический t-критерий Стьюдента. Данные представлены в виде среднее \pm стандартное отклонение ($M \pm \delta$). Дисперсионный анализ проводился с помощью F-теста Фишера. При ненормальном распределении применялись непараметрические методы: для оценки достоверности различий использовался критерий Манна-Уитни (Вилкоксона) по медианам Стьюдента. Достоверными данные признавались при уровнях значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обследованные больные старших возрастных групп имели высокие показатели коморбидности (индекс Чарльсона = $15,5 \pm 1,6$; показатель коморбидности по системе CIRS-G = $31,1 \pm 2,7$). Лечение по формулярной системе привело к достоверному уменьшению выраженности клинических симптомов – данные показателей субъективного статуса по VAS до и после лечения представлены на рис. 1.

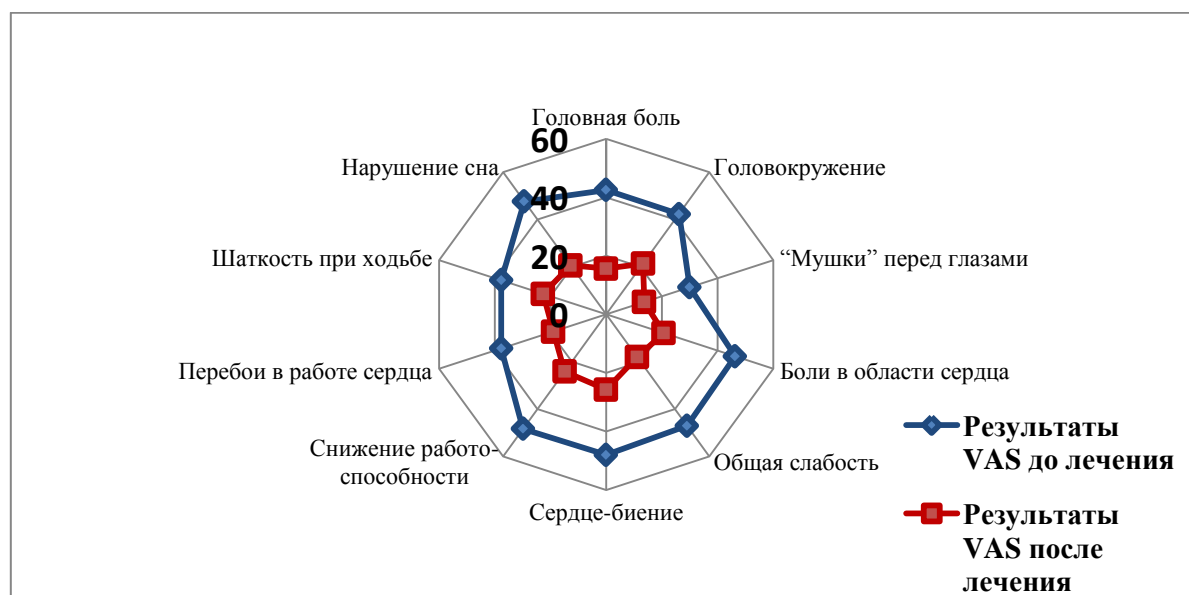


Рис.1. Результаты изменения характеристик субъективной оценки по шкале VAS (представлена в %) до и после комбинированного лечения ($P < 0,05$ по всем показателям).

Все больные были анкетированы с помощью опросника HADS по двум подшкалам: тревога (А) и депрессия (D). До лечения нормальные показатели выявлены у 7 больных (6,7%), субклинически выраженные проявления тревоги и депрессии – у 3 пациентов (2,8%), клинически выраженное состояние – у 95 больных (90,5%). После курса базисных ЛС у 39 больных (37%) не выявлено отклонений от нормы, субклинические изменения обнаружены у 42 пациентов (40%), выраженные клинические проявления тревоги/депрессии – у 24 больных (23%). Субъективная оценка тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS (суммарный показатель каждого больного, выраженный в процентах) продемонстрировала существенное снижение уровня тревоги (в 2,3 раза) и депрессии (в 2 раза) после проведенного лечения.

В таблице 1 приведены результаты обследования больных по шкале CES-D, являющейся критерием оценки степени ДС. Обращает на себя внимание существенная положительная динамика степени ДС (у всех пациентов отмечено улучшение субъективной оценки симптомов). Для максимально точной характеристики психического статуса Р.Г. Оганов и соавт. (2004) рекомендуют при сумме баллов $CES-D \geq 19$ считать, что у больного имеет место расстройство депрессивного спектра, включающее как собственно депрессию, так и истеро-депрессивные, тревожно-депрессивные, тревожно-ипохондрические и другие состояния, симптомы которых иллюстрируют значительное перекрытие с проявлением аффективной патологии. Сумма 25 баллов и выше свидетельствует о наличии выраженного ДС [6].



Таблица 1

Оценка степени депрессивных расстройств по шкале депрессий CES-D до и после лечения ($P < 0,0005$)

Уровень депрессии	до начала лечения (%)	после лечения (%)
Норма (0-17 баллов)	36,67	96,67
Легкая депрессия (18-26 баллов)	36,67	3,33
Депрессия средней тяжести (27-30 баллов)	16,67	0
Тяжелая депрессия (≥ 31 балл)	10,0	0

Очевидно, что после курса болезнь-модифицирующей терапии выраженных ДС не установлено ни у одного пациента. Полученные данные согласуются с результатами ранее проведенных исследований влияния комбинированной терапии больных с АГ и ХСН, в которых продемонстрирована положительная динамика характеристик по шкале CES-D и VAS [4, 6].

Оценка психического статуса по данным шкалы MMSE до лечения составила $27,5 \pm 1,2$ баллов, после лечения увеличилась до $28,1 \pm 0,8$ баллов ($P < 0,05$).

Заключение. Проведенное исследование показало, для кардиологических больных старших возрастных групп характерны депрессивные и тревожно-депрессивные состояния, которые являются кластером соматопсихических расстройств. Комбинированная рациональная (по формулярной системе) фармакотерапия таких больных в условиях стационара приводит к достоверному улучшению клиничко-психологического статуса без использования транквилизаторов и антидепрессантов.

Литература

1. Адрющенко А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общей медицинской практики / А.В. Адрющенко, М.Д. Дробижев, А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2003 - №5. - С. 11-18.
2. Брандис Т. Депрессивные расстройства при сердечнососудистых заболеваниях / Т. Брандис // Новости медицины и фармации. - 2012 №9 – С. 20–22.
3. Глушко Т.В. Аффективные расстройства и особенности психофармакотерапии в кардиологической практике / Т.В. Глушко, И.Е.



Куприянова, А.Н. Репин и др. // Сибирский медицинский журнал.- 2009.- №4 (2). - С. 7-10.

4. Дронова Т.А. Комбинированная терапия артериальной гипертонии в сочетании с хронической сердечной недостаточностью и депрессивными расстройствами ингибитором ангиотензин-превращающего фермента и диуретиками / Т.А. Дронова, Д.В. Поляков // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - М.- 2008. - №7 (7) - С. 39-44.

5. Лебедева Н.Б. Психосоциальные особенности пациентов с инфарктом миокарда и эффективность реабилитационных программ / Н.Б. Лебедева, О.В. Лебедев, Н.И. Тарасов, Е.Ю. Якушева, О.Л. Барбараш // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2005 - 4 (6) – С. 65–69.

6. Оганов Р.Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич и др. // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48-54.

7. Погосова Г.В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // Кардиология. – 2004.- № 1 – С. 88–92.

8. Погосова Г.В. Современные подходы к лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике / Г.В. Погосова // РМЖ.- 2007.- №6.- С. 533.

9. Смулевич А.Б. Депрессии при сердечно-сосудистых заболеваниях / А.Б.Смулевич // Consilium Medicum. Психические расстройства в общей медицине.- 2013.- №4.- С. 27–32.

10. Чазов Е.И. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования / Е.И. Чазов, Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова и др. // Кардиология. – 2005. – №11. – С. 4-11.

11. Charlson M.E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M.E. Charlson, P. Pompei, K.L. Ales et al. // J Chron Dis – 1987.- №40.- P. 373-383.

12. Glassman A.H. Depression and cardiovascular comorbidity. // Dialogues Clin Neuropsych. – 2007.- №9 – P. 9–17.

13. Lesperance F. The CREATE Investigators. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) Trial / F. Lesperance, N. Frasere-Smith, D. Koszycki et al. // JAMA.- 2007 – №297. – P. 367–379.



14. Miller M.D. Manual of Guidelines for Scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G) / M.D. Miller, A. Towers // Pittsburg, Pa: University of Pittsburgh; 1991
15. Miller M.D. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale / M.D. Miller, C.F. Paradis, P.R. Houck et al. // Psychiatry Res. – 1992. - №41. – P. 237-248.
16. Murray C.J.L. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 / C.J.L. Murray, A.D. Lopez et al. // Cambridge, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
17. Rumsfeld J.S. Depression predicts mortality and hospitalization in patients with myocardial infarction complicated by heart failure / J.S. Rumsfeld, P.G. Jones, M. Whooley et al. // Am Heart J.-2005.- №150.-P.961–967.
18. Tombaugh T.N. The Mini Mental Status Examination: A comprehensive review / T.N. Tombaugh, N. J. McIntyre // JAGS.- 1992. - №40.- P. 922–935.
19. Zigmond A.S. The hospital anxiety and depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. - 1983. - №67 (6).- P. 361–370.

СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НА ФОНЕ ФОРМУЛЯРНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Дронова Т.А., Фаваз З.Ф.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет
Минздрава России, г. Курск, Россия**

В статье обсуждаются вопросы корригирующего влияния формулярной болезнь-модифицирующей терапии артериальной гипертензии с ассоциированными клиническими состояниями у больных пожилого и старческого возраста на соматопсихические расстройства и показатели качества жизни, темп восстановления которых зависит от снижения функции почек и состояния липидтранспортной системы.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, расстройства депрессивного спектра, качество жизни, формулярная фармакотерапия.

SOMATIC-PSYCHIC CHANGES AND QUALITY OF LIFE CHARACTERISTICS UNDER THE FORMULAR PHARMACOTHERAPY OF CARDIAC PATIENTS OF OLDER AGE GROUPS



Dronova T.A., Favaz Z.F.

The paper discusses issues relating to the corrective influence of disease-modifying formular therapy of arterial hypertension with associated clinical conditions in patients of elderly and senile age to somatopsychic disorders and quality of life indicators. The range of improvement depends on kidney function and plasma cholesterol level.

Key words: arterial hypertension, disorders of the depressive spectrum, quality of life, the formulary pharmacotherapy.

Концепция качества жизни (КЖ) является объединяющей основой развития современной медицины, так как это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия [8]. Улучшение или восстановление КЖ является важным аспектом в управлении патологией сердечно-сосудистой системы. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в клинической практике указывают на то, что помимо повышения риска неблагоприятных исходов и ухудшения прогноза, психосоциальные факторы могут служить препятствием к приверженности лечению и попыткам модификации образа жизни больных [12]. Тревога и депрессия приводят к снижению КЖ, усиливают клинические проявления ССЗ и смертность больных. Антидепрессанты, наряду с психологической терапией, могут играть определенную роль в лечении как умеренной, так и тяжелой депрессии и некоторых тревожных расстройств, однако, применение трициклических антидепрессантов у таких пациентов крайне нежелательно из-за соматотропных эффектов этих препаратов, в том числе вследствие их влияния на проводящую систему сердца, тромбоцитарное звено гемостаза и другие негативные проявления [7, 10]. Фармакоэпидемиологические исследования по лечению расстройств депрессивного спектра (РДС) при соматической патологии демонстрируют ограничительную тактику применения антидепрессантов [9], особенно это касается больных пожилого и старческого возраста, при этом до настоящего времени недостаточно изучены эффекты базисных лекарственных средств на психический статус пациентов с кардиоваскулярной патологией. В связи с вышеизложенным целью исследования явилась оценка влияния формулярной фармакотерапии (без назначения антидепрессантов и транквилизаторов) на показатели КЖ и соматопсихические расстройства у больных старших возрастных групп, получающих лечение в условиях кардиологического стационара.



Материалы и методы. Обследовано 105 больных: 34 мужчины (32%) и 71 женщина (68%) в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст = $72,93 \pm 7,42$ лет), страдающих артериальной гипертензией (АГ) с ассоциированными клиническими состояниями: ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Больных подбирали методом случайной выборки, все пациенты подписывали добровольное информированное согласие. Проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование и лечение по формулярной системе (бета-блокаторы, дигидропиридиновых антагонисты кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики, антиагреганты, статины, кардиопротекторы). Пациенты в день госпитализации и выписки оценивали свое состояние с использованием шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D) [1]; Миннесотского опросника КЖ больных с ХСН (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire – MLHFQ) [11] и общего опросника оценки КЖ (Short Form Medical Outcomes Study – SF-36) [13]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием тестов Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилки и хи-квадрат; для параметров, имеющих нормальное распределение, при сравнении средних значений, для случая равных дисперсий использовался гомоскедатический t-критерий Стьюдента, для случая различных дисперсий – гетероскедатический t-критерий Стьюдента. Данные представлены в виде среднее \pm стандартное отклонение ($M \pm \delta$). Дисперсионный анализ проводился с помощью F-теста Фишера. При ненормальном распределении применялись непараметрические методы: для оценки достоверности различий использовался критерий Манна-Уитни (Вилкоксона) по медианам Стьюдента. Достоверными данные признавались при уровнях значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обследование больных по шкале CES-D демонстрирует существенную положительную динамику степени депрессивных расстройств: до лечения РДС выявлены у 27 (26%) больных, выраженное депрессивное состояние – у 31 (30%) пациентов; через 12 дней лечения в стационаре РДС отмечены только у 3 (3%) больных, выраженных депрессивных состояний не установлено ни у одного пациента. Учитывая существенную положительную динамику депрессивного статуса на фоне формулярной антигипертензивной терапии, которая не включала в себя транквилизаторы и антидепрессанты, выявленные изменения следует расценивать как проявление соматопсихических расстройств. По данным ряда исследований, депрессия ассоциируется со смертностью от ССЗ и других причин [1, 3, 5, 7, 9, 10].

Опросник MLHFQ выявил значительное (в 2,8 раза) улучшение КЖ на фоне терапии основного заболевания (рис. 1).

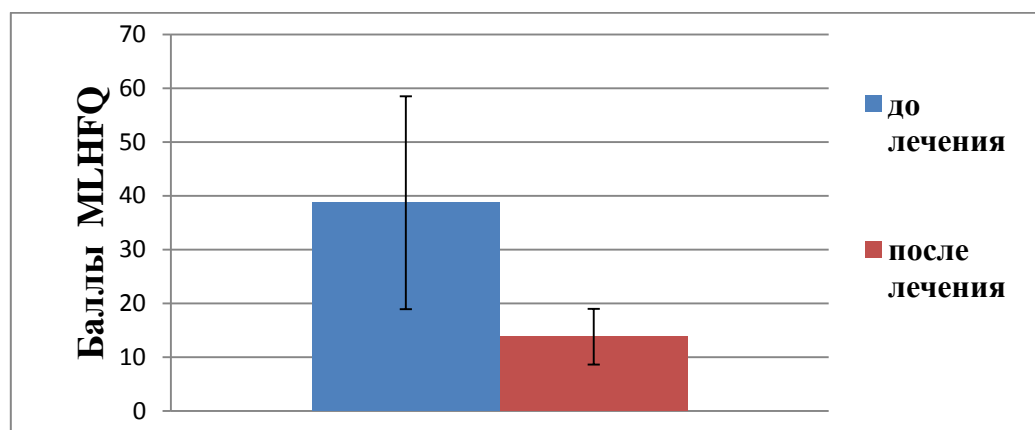


Рис. 1. Динамика изменений показателей Миннесотского опросника КЖ у больных с ХСН до и после лечения.

Профиль КЖ по данным международной адаптированной методики SF-36 (рис. 2) существенно улучшился по большинству (6 из 8) показателей: физическое и ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, жизнеспособность, боль, общее здоровье.

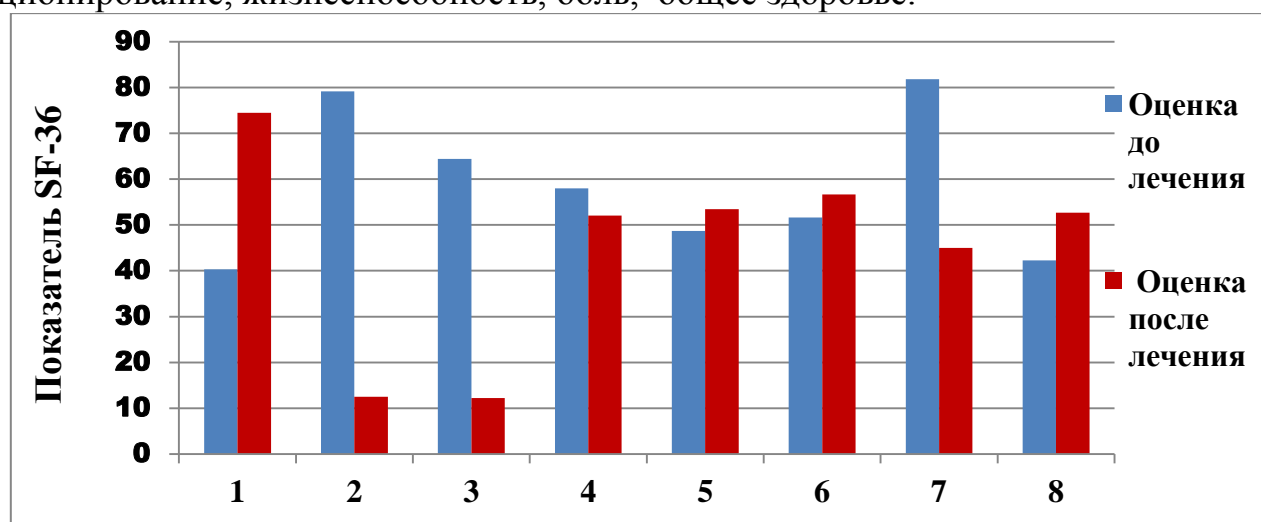


Рис. 2. Результаты теста SF-36 до и после лечения.

Условные обозначения (достоверность различий): 1 – физическое функционирование ($P=2,208E-08$), 2 - ролевое физическое функционирование ($P=1,3E-19$), 3 – ролевое эмоциональное функционирование ($P=4,715E-13$), 4 – жизнеспособность ($P=0,035$), 5 – психическое здоровье ($P>0,05$), 6 – социальное функционирование ($P>0,05$), 7 – боль ($P=4,908E-10$), 8 - общее здоровье ($P=8,781E-5$).

Для оценки зависимости полученных результатов от возраста и функционального состояния органов и систем организма больного выявленные изменения (сдвиги) показателей КЖ на фоне проводимой терапии разделили по методу диады средних (t_t) [6]. Проведенная кластеризация по порогу среднего



значения сдвига положительных изменений показателей КЖ разделила обследованных больных на 2 группы: 1 группа – пациенты с более быстрым типом восстановления показателей КЖ (55 человек), 2 группа – пациенты с более медленным типом восстановления (50 больных). Сравнительный анализ клинико-лабораторных признаков в группах представлен в табл. 1.

Таблица 1

Клинико-лабораторные показатели у больных с различными темпами восстановления показателей качества жизни

Исследованные показатели	1 группа	2 группа	P
Возраст	66,8±4,9	70,±0,08	>0,05
Скорость клубочковой фильтрации MDRD	64,2±8,5	54,8±11,5	0,0398
Холестерин общий	6,4±1,3	5,3±0,82	0,0229
Липопротеины низкой плотности	4,38±0,89	3,3±0,84	0,006
Липопротеины высокой плотности	1,24±0,22	1,32±0,34	>0,05
Триглицериды	2,02±0,98	1,6±0,56	>0,05
Аланинаминотрансфераза	22,4±21,3	19,9±4,18	>0,05
Аспартатаминотрансфераза	23,7±9,93	25,2±6,07	>0,05
Глюкоза	5,58±0,77	5,77±0,98	>0,05

Очевидно, что снижение функции почек и дислипидемия оказывают влияние на выраженность изменений показателей качества жизни у кардиологических больных пожилого возраста. Взаимосвязь концентрации фракций холестерина с рядом шкал КЖ (SF-36) так же обнаружена в исследовании И.Д. Беспаловой и др. [2]. ССЗ относятся к патологическим состояниям, у которых качество жизни становится основной целью лечения [2, 4, 8, 11, 12].

Выводы. Комбинированная рациональная фармакотерапия с использованием основных болезнь-модифицирующих препаратов в условиях кардиологического стационара приводит к достоверному нивелированию соматопсихических нарушений и улучшению качества жизни больных старших возрастных групп без назначения транквилизаторов и антидепрессантов. Снижение функции почек и дислипидемия оказывают влияние на выраженность изменений показателей КЖ пациентов. Дальнейшие исследования эффективности фармакотерапии сердечно-сосудистой патологии с коррекцией липидтранспортной системы и функции почек позволит избежать полипрагмазии и снизить риск нежелательных реакций.



Литература

1. Адрющенко А.В.. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общей медицинской практики / А.В. Адрющенко, М.Д. Дробижев, А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2003 - №5. С. 11-18.
2. Беспалова И.Д. Качество жизни больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом / И.Д. Беспалова, Ю.А. Медянцева, В.В. Калюжин, Б.Ю. Мурашев, И.А. Осихов // Артериальная гипертензия. – 2012 – том 18.- №4. – С. 304-309.
3. Джериева И.С. Ассоциация между депрессией и метаболическим синдромом / И.С. Джериева, Н.И. Волкова, С.И. Раппопорт // Клиническая медицина. – 2015 - №1. – С. 62-65.
4. Драпкина О.М. Качество жизни у больных ИБС / О.М. Драпкина // Трудный пациент. - 2014 - №7. – С.16-19.
5. Дронова Т.А. Комбинированная терапия артериальной гипертензии в сочетании с хронической сердечной недостаточностью и депрессивными расстройствами ингибитором ангиотензин-превращающего фермента и диуретиками / Т.А. Дронова, Д.В. Поляков // Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2008 – том 7.- №7. – С. 39-44.
6. Генкин А.А. Статистический метод диады средних / А.А. Генкин, В.Л. Эмануэль // Клиническая лабораторная диагностика – 1994 – №3. – С.44-48.
7. Глушко Т.В. Аффективные расстройства и особенности психофармакотерапии в кардиологической практике / Глушко Т.В., Куприянова И.Е., Репин А.Н. и др. // Сибирский медицинский журнал – 2009 – № 4 (выпуск 2). – С. 7-10.
8. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание. Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко / А.А. Новик, Т.И. Ионова — М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.— 320с.
9. Оганов Р.Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. // Кардиология – 2004 – № 1. – С. 48-54.
10. Погосова Г.В. Современные подходы к лечению расстройств депрессивного спектра в общей медицинской практике / Г.В. Погосова // РМЖ – 2007 – №6. – С. 533.
11. Bennett S.J. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. // S.J. Bennett, N.B. Oldridge, G.J. Eckert, et al. // Quality of Life Res. -2002 - №11. – P. 349-359.
12. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by



representatives of 10 societies and by invited experts). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2016).// Eur Heart J - 2016 - №37.-P. 2315-2381.

13. Ware J.E., SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide /J.E.Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B.Gandek // Lincoln, RI QualityMetric Incorporated - 2000 - 150 p.

ИЗ ОПЫТА ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Дудченко З. Ф., Никифоров Г. С.

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, Россия

В статье рассмотрены положения ФЗ «Об образовании», регламентирующие обучающимся заботиться о сохранении и укреплении своего здоровья. Отражена структура учебной дисциплины «Психология здоровья» в рамках ООП высшей школы. Представлен накопленный опыт учебной и научно-методической работы в рамках преподавания психологии здоровья. Показана роль дисциплины «Психология здоровья» в формировании ценностного отношения обучающихся к своему здоровью.

Ключевые слова: психология здоровья, образовательный стандарт, высшая школа

FROM EXPERIENCE OF TEACHING HEALTH PSYCHOLOGY AT THE HIGHER SCHOOL

Dudchenko Z. F., Nikiforov G.S.

The article deals with the provisions of the Federal Law "On Education", regulating the students to care for the preservation and the strengthening of their health. Reflected the structure of the discipline "Psychology of health" in the framework of the PLO higher education. The accumulated experience of educational and scientific-methodical work in the framework of teaching the psychology of health is presented. The role of the discipline "Health psychology" in the formation of the value relationship of students to their health is shown.

Key words: health psychology, educational standard, higher school



В Федеральном законе от 29.12.12 №273-ФЗ «Об образовании» обозначены права и обязанности педагогических работников и обучающихся в области охраны здоровья обучающихся на этапе профессиональной подготовки. Согласно закону, в образовательном учреждении должны быть предоставлены все условия для обучения с учетом особенностей психофизического развития и состояния здоровья обучающихся (Гл.4, ст.33).

Охрана здоровья обучающихся в образовательном учреждении включает пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни и охраны труда; организацию и создание условий для профилактики заболеваний; прохождение обучающимися медицинских осмотров и диспансеризации; профилактику и запрещение курения, употребления спиртных напитков и др. психоактивных веществ; обеспечение безопасности обучающихся; проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий (Гл.4, ст.41).

Закон регламентирует обязанности обучающихся, а именно заботу о сохранении и об укреплении своего здоровья, стремление к нравственному, духовному и физическому развитию и самосовершенствованию (Гл.4, ст.43). В ходе образовательной деятельности педагогические работники должны учитывать особенности психофизического развития обучающихся, состояние их здоровья и, согласно принципу гуманизации современного образования, педагогическим работникам необходимо усилить внимание к личности как высшей социальной ценности общества и содействовать формированию обучающихся с высокими интеллектуальными, моральными и физическими качествами (Гл.4, ст.48).

Таким образом, законодательно обозначено не только создание условий для сохранения здоровья обучающихся на этапе профессиональной подготовки, но и сделан акцент на обязанности обучающихся заботиться о своем здоровье и непосредственном участии педагогических работников в формировании ценностного отношения обучающихся к своему здоровью.

Психология здоровья, как научное направление, сформировавшееся в нашей стране в начале 90-х годов, по праву занимает ведущее место в деле формирования здоровой личности. В сфере интересов психологии здоровья находятся вопросы исследования и систематизации критериев психического и социального здоровья; изучение факторов здорового образа жизни и психологических методов мотивирования к здоровому образу жизни; изучение факторов, влияющих на отношение к здоровью и формирование здоровой личности; выявление социально-психологических факторов здоровья семьи и другие.

Включение дисциплины «Психология здоровья» в основные образовательные программы высшей школы позволяет приблизиться к



решению ряда поставленных задач в рамках закона «Об образовании», направленных на сохранение и укрепление физического, психического и социального здоровья и всестороннее гармоничное развитие обучающихся [5].

В Санкт-Петербургском государственном университете в 1989 году при факультете психологии была создана кафедра психологического обеспечения профессиональной деятельности под руководством д.пс.н., профессора Г.С. Никифорова. С момента основания кафедры дисциплина «Психология здоровья» читалась в рамках ООП бакалавриата по направлению «Психология». В 1991 году преподавателями кафедры была опубликована статья в «Вестнике ЛГУ», в которой была дана характеристика состояния психологии здоровья как научного направления на тот момент времени. С 2014 года дисциплина «Психология здоровья» читается в рамках ООП специалитета «Психология служебной деятельности». В настоящее время в СПбГУ создана кафедра «Психология здоровья и отклоняющегося поведения» [8].

В Санкт-Петербургском государственном институте психологии и социальной работы в 2003 году под руководством д.пс.н., профессора Г.С. Никифорова была открыта первая в России кафедра психологии здоровья (*2003-2012 заведующий кафедрой психологии здоровья СПбГИПСР д.пс.н., профессор Г.С. Никифоров, 2012-2014 заведующая кафедрой психологии здоровья, декан факультета прикладной психологии СПбГИПСР к.пс.н., доцент З.Ф. Дудченко*). В этом же году в ООП подготовки специалистов по психологии и социальной работе была включена дисциплина «Психология здоровья» [8,10,11].

Вследствие реорганизации в институте, в соответствии с решением Ученого совета, в настоящее время произошло укрупнение кафедры за счет слияния двух кафедр: психологического консультирования и психологии здоровья.

Психология здоровья определяется как наука о психологическом обеспечении здоровья человека на всем протяжении его жизненного пути. В соответствии с этим положением выстраивается содержание учебной дисциплины «Психология здоровья». Программа учебной дисциплины включает следующие темы: «Психология здоровья как научное направление»; «Понятие о здоровье»; «Критерии психического и социального здоровья»; «Психология здорового образа жизни»; «Здоровая личность»; «Психология профессионального здоровья»; «Психология долголетия». Основными задачами учебной дисциплины является изложение теоретических и методологических основ психологии здоровья, современных концепций здоровья и здорового образа жизни; обучение навыкам ведения научно-исследовательской работы в области психологии здоровья; выработка умений оказания практической помощи людям разного возраста по формированию индивидуального здорового стиля жизни [9].



В основу организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся положен компетентностный подход. С этой целью выделены три блока заданий для самостоятельной работы. Первый блок подразумевает формирование теоретических и методологических основ психологии здоровья; второй блок связан с компетенциями в сфере научно-исследовательской работы в области психологии здоровья. Третий блок подразумевает развитие компетенций в сфере оказания практической помощи по формированию индивидуального здорового стиля жизни. В каждом блоке задания даны с учетом выделенных уровней сложности самостоятельной работы и учебных стратегий. Что позволяет, с одной стороны, отследить качество учебной деятельности, а с другой – определить область, требующую дальнейшего профессионального и методического совершенствования. Например, первый блок включает задания первого уровня (письменные ответы на вопросы, определение понятий своими словами) и задания второго уровня (составить мини-гlossарий) с использованием когнитивных учебных стратегий (повторение, элаборация, организация); задания для самостоятельной работы третьего уровня (составить тестовые задания) и четвертого уровня (написать эссе) предполагают использование метакогнитивных стратегий (планирование и наблюдение); задание пятого уровня (составить портфолио) включает все учебные стратегии, как когнитивные (повторение, элаборация, организация), так и метакогнитивные (планирование и наблюдение, регуляция). Данная технология организации самостоятельной работы обучающихся по учебной дисциплине «Психология здоровья» способствует активизации учебно-познавательной деятельности обучающихся, имеет большое значение в повышении качества обучения, а также более успешной адаптации обучающихся к будущей профессиональной деятельности в области здоровьесбережения [3,4,7].

В Санкт-Петербургском государственном институте психологии и социальной работы проводилось исследование по изучению ценностного отношения к здоровью у обучающихся. Объектом исследования выступили обучающиеся факультета прикладной психологии и психолого-социальной работы очной формы обучения, всего 400 человек (1 курс – 93 чел.; 2 курс – 64 чел.; 3 курс – 100 чел.; 4 курс – 73 чел.; 5 курс – 70 чел.). Обучающимся было предложено написать пять жизненных ценностей, далее им предлагалось проранжировать названные варианты, т.е. присвоить первый ранг наиболее значимому для них варианту из пяти, второй ранг присвоить наиболее значимому варианту из оставшихся четырех и т.д. Предполагалось, что частота выбора обучающимися ценности «здоровье» будет изменяться в зависимости от курса обучения, т.е. достоверно возрастать по мере изучения дисциплин образовательной траектории «Психология здоровья».



На первом курсе 29% обучающихся поставили ценность «здоровье» на первые три позиции; на втором курсе, где читаются дисциплины траектории «Психология здоровья» – 78% обучающихся присвоили ценности «здоровье» первые три ранга. Начиная с третьего курса, отмечается заметное снижение процента обучающихся (33%), которые отдают предпочтение ценности «здоровье», на четвертом и пятом курсах количество обучающихся, отдающих предпочтение ценности «здоровье» составляет – 47% и 44%.

Анализ частоты выбора обучающимися ценности «здоровье» по сумме трех рангов показал достоверность различий ($p \leq 0.01$) у обучающихся второго курса ($\sum Z_{\text{рангов}}=50$), по сравнению с обучающимися первого курса ($\sum Z_{\text{рангов}}=27$). Не было установлено достоверных различий по частоте выбора ценности «здоровье» у обучающихся второго курса, по сравнению с обучающимися третьего ($\sum Z_{\text{рангов}}=33$), четвертого ($\sum Z_{\text{рангов}}=34$) и пятого курсов ($\sum Z_{\text{рангов}}=30$). Значимое различие количества обучающихся второго курса, по сравнению с первым курсом, по частоте выбора ценности «здоровье», позволяет сделать предположение, что дисциплины образовательной траектории «Психология здоровья», которые читаются на втором курсе, играют определенную роль в формировании ценностного отношения обучающихся к своему здоровью и здоровью окружающих.

В 2011 году в институте психологии и социальной работы была открыта магистерская программа «Психология здоровья и развития» по направлению «Психология». Содержание программы было направлено на изучение теоретико-методологических проблем современной психологии здоровья как нового научного направления; технологий и концепций психологического обеспечения здоровья человека на всем протяжении жизненного пути. Подготовка магистров нацелена на более глубокий уровень освоения предмета, по сравнению с уровнем бакалавриата или специалистов; включению магистрантов в научно-исследовательскую работу и разработку проектов программ здоровьесбережения разных социальных групп с учетом полученных знаний и навыков.

В процессе обучения магистранты активно выступают на научных конференциях, в организации которых участвует кафедра психологии здоровья: Круглый стол с Международным участием «Психология здоровья: новое научное направление», 2009; Международная научно-практическая конференция «Здоровая личность», 2012; также участвуют в работе научных конференций и Молодежных конгрессах, проводимых в вузе [10].

В СПбГУ в рамках ежегодной международной научной конференции «Ананьевские чтения» проводятся заседания секции «Психология здоровья».

Для обеспечения образовательного процесса в рамках преподавания дисциплины «Психология здоровья» с участием профессорско-



преподавательского состава кафедр психологии здоровья СПбГИПСР и психологического обеспечения профессиональной деятельности СПбГУ были изданы учебники и учебные пособия по психологии здоровья: «Психология здоровья», 2003 (2-е издание в 2008); «Психология профессионального здоровья», 2006; «Практикум по психологии здоровья», 2007; «Диагностика здоровья: психологический практикум», 2007 (2-ое переиздание в 2011); «Геронтопсихология», 2007; «Психология здоровья: школьный возраст», 2008; «Психология здоровья дошкольника», 2008; «Здоровая личность», 2012 [1,2,6,12,13,14,15,16].

Психологии здоровья, как интенсивно развивающееся научное направление, призвана сыграть значительную роль в деле формирования ценностного отношения к здоровью и осознанному выбору в пользу здоровых форм поведения.

Литература

1. Геронтопсихология: Учеб. Пособие / Под ред. Проф. Г.С. Никифорова. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2007. – 391 с.
2. Диагностика здоровья. Психологический практикум/ Под ред. проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007-950с.
3. Дудченко З.Ф. Методическое обеспечение курса лекций по дисциплине «Психология здоровья» / З.Ф. Дудченко // Вестник СПбГИПСР.- 2007.- №7.- С.98-104.
4. Дудченко З.Ф. Методическое обеспечение самостоятельной работы студентов по дисциплине «Психология здоровья» / З.Ф. Дудченко // Ученые записки СПбГИПСР. - 2007.- Вып. 2. - Т.8, 2007. - С.100-102.
5. Дудченко З.Ф. Обеспечение здорового образа жизни на государственном уровне / З.Ф. Дудченко // Ученые записки СПбГИПСР. - №1 (15). - 2011. - С.87-91.
6. Здоровая личность. / Под. ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2013. - 400с.
7. Костромина С.Н., Дудченко З.Ф. Технология организации самостоятельной работы студентов / С.Н. Костромина, З.Ф. Дудченко // Современные образовательные технологии: учебное пособие/под ред. Н.В. Бордовской. - 3-е изд., стер. - М.: КНОРУС, 2013. - 208с.
8. Никифоров Г.С. Психология здоровья в России: становление и современное состояние / Г.С. Никифоров //Вестник СПбГУ.-Серия 16. Вып.1. Психология. Педагогика. - 2012. - С.38-47.
9. Никифоров Г.С. Психология здоровья. /Г.С. Никифоров. Учебное пособие. - СПб.: Речь.- 2002. - 256 с.



10. Никифоров Г.С. Кафедра психологии здоровья и развития Никифоров Г.С., Дудченко З.Ф. // Ученые записки СПбГИПСР. - №1(17). - 2012. - С.63-66.
11. Никифоров Г.С. Психология здоровья в России / Никифоров Г.С., Дудченко З.Ф. //Ананьевские чтения – 2016: Психология: вчера, сегодня, завтра: материалы международной научной конференции, в 2-х томах. Том 1. /отв. ред. А.В. Шаболтас, Н.В. Гришина, С.В. Медников, Д.Н. Волков. – СПб.: ИД «ФАРМиндекс».- 2016. – Т. 2. С.25-27.
12. Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: Питер.- 2005. - 351с.
13. Психология здоровья (Школьный возраст): учебное пособие / Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: Изд-во С-Петербур. ун-та.- 2008. - 680с.
14. Психология здоровья дошкольника: учебное пособие / Под ред. проф. Г.С. Никифорова. - СПб.: Речь.- 2010. - 413с.
15. Психология здоровья: Учебник для вузов/ Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: Питер.- 2003. -607 с.
16. Психология профессионального здоровья. Учебное пособие / Под ред. проф. Г.С. Никифорова. - СПб.: Речь.- 2006. - 480с.

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ К СДАЧЕ ВЫПУСКНЫХ ЭКЗАМЕНОВ

Евдокимова Е.М., Колоколова А.Д.

**Областное казенное учреждение
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической, медицинской и
социальной помощи «Курский областной центр психолого-
педагогического, медицинского и социального сопровождения»,
г. Курск Россия**

Выпускные экзамены являются стрессовой ситуацией для школьников старших классов. Психологические программы подготовки школьников к выпускным экзаменам не всегда учитывают такие категории учащихся как «дети с ограниченными возможностями здоровья», «соматически ослабленные дети». Одной из важных задач психологической подготовки школьников является диагностика и коррекция повышенной тревожности.

Ключевые слова: психологическая подготовка к выпускным экзаменам, личностная и ситуативная тревожность, школьная тревожность.



THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL READINESS OF STUDENTS FOR THE EXAM

Evdokimova E. M., Kolokolov A. D.

Final exams are stressful situations for high school students. Training students for final exams are not always sensitive to such categories of students as "children with disabilities", "somatically weakened children." One of the important tasks of psychological training of students is the diagnosis and correction of increased anxiety.

Keywords: psychological preparation for final exams, personal and situational anxiety, school anxiety.

Ситуация сдачи выпускных экзаменов (единый государственный экзамен (ЕГЭ) и государственная итоговая аттестация (ГИА)), ввиду особенностей ее организации и проведения (инновационный характер, стрессовая педагогическая тактика), высокой личностной значимости, организационной сложности, повышенных требований к возможностям и способностям ученика, осознания школьником ответственности перед собой и родителями, безусловно, относится к разряду стрессовых. Поэтому перед психологами, педагогами и родителями встает актуальная проблема сохранения психического здоровья детей. С этой целью в школах вводятся специальные психологические программы подготовки школьников к выпускным экзаменам, эффективность которых, к сожалению, не всегда является достаточно высокой.

Целью данной работы является анализ психологического и медико-социального аспектов проблемы психологической готовности старших школьников к сдаче выпускных экзаменов.

Проблему эффективной психологической подготовки старших школьников к выпускным экзаменам усугубляют возрастные особенности данного контингента детей. Старший школьный возраст (15–17 лет) в педагогической литературе он рассматривается как «кризис юношеского возраста» [1] и характеризуется интенсивным формированием и недостаточной стабильностью эмоционально-личностной сферы. Он совпадает с обучением школьников в девярых и одиннадцатых классах. В структуре возрастного кризиса выделяют стабильный и критический периоды [1,4]. Стабильный период характеризуется уверенностью в себе и собственных ресурсах, низким уровнем внутренней конфликтности, осознанием собственных целей. Критический период, наоборот, характеризуется высоким уровнем внутреннего конфликта, неуверенностью в себе и собственных возможностях. Результаты отечественных исследований показали, что учащиеся 9 и 10 классов имеют



психологические характеристики соответствующие критериям стабильного периода возрастного кризиса, а школьники 8 и 11 классов, наоборот, демонстрируют признаки критического периода возрастного кризиса [4]. Таким образом, эмоционально-личностная сфера 9-классников является более психологически устойчивой, чем у 11-классников. Тем не менее, экзаменационный период предъявляет повышенные требования к эмоциональной устойчивости выпускников как 9-ых, так и 11-ых классов.

Психологическая готовность старшеклассников к ГИА включает в себя познавательный, поведенческий и личностный компоненты. Познавательный компонент предполагает наличие достаточной предметной компетентности ученика, хорошего уровня развития познавательных процессов (восприятия, памяти, внимания, мышления и т.д.) и общеучебных навыков (самоорганизации, самоконтроля, планирование, распределение времени при выполнении тестовых заданий и т.п.). Поведенческий компонент характеризует знание и понимание особенностей и последовательности проведения процедуры ГИА, навыки работы с тестовым материалом. Важным критерием психологической готовности к ГИА является личностный компонент, требующий наличия у выпускника адекватных представлений об экзамене, осознания лично значимых целей экзамена, понимания ответственности за его подготовку и результаты сдачи, адекватной самооценки, сформированности навыков произвольного контроля за поведенческими и эмоциональными проявлениями, владения элементарными способами регуляции своего эмоционального состояния. Недостаточность этих компонентов приводит к появлению соответствующих (познавательных, поведенческих, личностных) трудностей на экзамене.

В ряде случаев, несмотря на старания педагогов и психологов обеспечить необходимую психологическую готовность школьников к ГИА и ЕГЭ в общем порядке не представляется возможным по объективным причинам. В первую очередь, это наличие отклонений в физическом или психическом развитии (здоровье) ребенка, препятствующих освоению общеобразовательных программ без создания специальных условий. К таким школьникам относятся дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). К детям категории ОВЗ относят: 1) детей с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие); 2) детей с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие); 3) детей с нарушениями речи; 4) детей с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети); 5) детей с задержкой психического развития (ЗПР); 6) детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП); 7) детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы; 8) детей с множественными нарушениями (сочетание 2-х или 3-х нарушений). Эти дети



требуют не только создания специальных условий для обучения, но и специальных (особых) условий сдачи выпускных экзаменов.

Кроме детей с ОВЗ, в педагогической практике, часто встречаются учащиеся, не попадающие под основные категории ОВЗ, но имеющие особенности соматического (а часто, и связанные с ними особенности психологического) статуса, затрудняющие эффективное освоение общеобразовательных программ и дезадаптирующие ребенка в условиях экзаменационного (аттестационного) контроля. Эту группу составляет категория «соматически ослабленных детей», занимающих промежуточное место между вышеперечисленной патологией ОВЗ и здоровыми детьми. Они характеризуются быстрой утомляемостью, тревожностью, неуверенностью, снижением работоспособности, вегетативными пароксизмами, периодическими патоорганическими синдромами. Категория «соматически ослабленных детей», включает в себя школьников, страдающих астеническими состояниями при хронических заболеваниях внутренних органов, аллергических заболеваниях, астено-невротических состояниях соматогенной и церебрально-органической природы (нарушение сна, аппетита, различные формы вегето-сосудистой дистонии), невротических и неврозоподобных состояниях (страхи, тики, легкое заикание, ночной энурез), цереброастенических состояниях (компенсированная и субкомпенсированная гидроцефалия, посттравматическая астения, церебро-эндокринные состояния) без грубых нарушений интеллектуальной деятельности. Организация учебной и домашней среды этих учащихся требует соблюдения особых режимных моментов и щадящей организации деятельности. Учебные трудности, которые испытывают эти дети, как правило, обусловлены наличием не резких и неустойчивых недостатков внимания, эмоционально-волевой регуляции, самоконтроля, пониженным уровнем учебной мотивации, познавательной пассивностью, низкой работоспособностью, негрубыми нарушениями речи, недостаточностью координации движений, повышенной двигательной активностью, несформированностью отдельных операциональных компонентов учебно-познавательной деятельности, тревожностью [2].

Старшеклассники, имеющие вышеперечисленные особенности представляют собой «группу риска» в отношении неудовлетворительных результатов ГИА. Особенностью таких школьников является то, что при специальном психологическом исследовании, они, как правило, не обнаруживают значительных нарушений когнитивных функций, а их психологические особенности ограничиваются эмоциональной сферой, где выступают в виде аффективных расстройств, прежде всего, тревожного регистра. Так, по результатам экспериментально-психологических исследований школьников 9-ых классов (тест Спилбергера-Ханина),



проведенных на базе Курского областного центра психолого – медико – социального сопровождения было установлено, что 90% обследованных имели повышенный уровень личностной и/или школьной тревожности. Последняя часто проявлялась страхом ситуации проверки знаний, низкой физиологической сопротивляемостью стрессу, страхом самовыражения. Такие дети нуждаются в своевременном выявлении, отдельном психолого-педагогическом сопровождении, регулярном медицинском наблюдении, а зачастую и в создании особых условий сдачи ГИА. В связи с полученными данными, нам представляется важным вопрос о диагностике тревожности как одной из эмоционально – личностной особенности старшеклассника, которая может являться фактором риска в плане неблагоприятного влияния на результаты сдачи выпускных экзаменов.

В данном случае тревога теряет свое адаптивное значение, приобретая патологический характер и способствуя формированию дезадаптивного поведения, клинически оформленных эмоциональных расстройств, патологических психосоматических (невротических, неврозоподобных) реакций, ухудшению физического состояния школьника и обострению хронических заболеваний.

Психологическая диагностика тревожных проявлений у детей включает большой арсенал психодиагностических методов. Но наибольшее практическое применение в нашей стране нашли опросники и проективные методики. Проведение даже самых простых и известных опросников, как правило, не времязатратных и не энергоемких (опросник для определения ситуационной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, теста школьной тревожности Филлипса, шкалы личностной тревожности А.М. Прихожан, опросника исследования тревожности у старших подростков и юношей) будет целесообразным даже в условиях временного дефицита, перегруженности психологического исследования когнитивными методиками и сложностей в организации индивидуальных психологических консультаций.

Старшеклассникам, характеризующимся повышенными показателями тревоги и тревожности следует в обязательном порядке проводить психологическую подготовку к экзамену с акцентом на обучении релаксационным методам, тренингах по произвольному контролю тревожности. В случае соматической отягощенности таких детей, помимо этого при обучении и сдаче ГИА будет целесообразной организация охранительного педагогического режима включающего ограничение численности экзаменационных групп выпускников для обеспечения индивидуального подхода с учетом их психофизиологических особенностей. Введение дополнительных перерывов для отдыха и увеличение их длительности. Использование приемов здоровьесберегающих образовательных технологий



как медико-гигиенического, так и психолого-педагогического характера. Создание и поддержание необходимых гигиенических условий в классе (температура, освещенность, влажность, отсутствие монотонных или неприятных звуковых раздражителей), предупреждение длительного нахождения в однообразных позах и чередование поз (использование специальной мебели), рациональная организация допустимого уровня двигательной активности (например, использование упражнений, включающих движения глаз, головы, туловища), поддержание благоприятного психологического климата, возможность адекватных эмоциональных разрядок (улыбка, одобрение), обеспечение спокойного окончания экзамена и т.д.), создание возможности для проведения необходимых медицинских мероприятий (поддерживающее лечение хронических заболеваний).

Литература

1. Бершедова, Л. И. Психологическая готовность к переходу на новый этап возрастного развития как личностное новообразование критических периодов: Дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.13 / Л. И. Бершедова: Москва.- 1999. - 314 с. - РГБ ОД, 71:99-19/42-6
2. Гордиец, А.В. Медико-психологическая готовность детей к школе: проблемы, пути решения: монография / А.В. Гордиец, О.В. Груздева.- Красноярск.- 2011. – 92 с.
3. Платонов, К. К. Психология / К.К. Платонов, Г. Г. Голубев. – Изд-в «Высшая школа», Москва.- 1977. – с. 286.
4. Смирнягина, М. М. Возрастные границы и психологическое содержание стабильного периода подросткового возраста / М. М Смирнягина // Журнал Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. Выпуск.- 2009.- № 5 (138).-с. 56-60.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.

Зеленова И.В.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России

В данной статье приведен анализ основных нормативно-правовых актов в сфере оказания психологической помощи детскому и подростковому



населению, а также затрагивается вопрос о создании системы психологических служб, оказывающих психологическую помощь указанной категории населения.

Ключевые слова. Психологическая помощь, дети и подростки, психологические службы, практическая психология, образовательные учреждения, психологи, инклюзивное образование.

LEGAL ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL WORK IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS.

Zelenova I.V.

In this article the analysis of basic normative legal acts in the sphere of psychological assistance for children and young people, and also addresses the issue of the establishment of a system of psychological services, providing psychological assistance to this category of the population.

Key words. Psychological assistance to children and adolescents, psychological services, applied psychology, educational institutions, psychologists, inclusive education.

Охрана и укрепление психического здоровья детей и подростков является одной из основных задач, стоящих перед государством на сегодняшний день.

Для реализации этой задачи разработан ряд нормативных актов международного, федерального, регионального уровней.

Образовательные учреждения также правомочны по вопросам, не урегулированным законодательством Российской Федерации принимать локальные нормативные акты в указанной сфере.

В соответствии с Конвенцией о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 года, ребенком является каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста, если по закону, применимому к данному ребенку, он не достигает совершеннолетия ранее.

Согласно Всеобщей декларации прав человека, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948 года дети имеют право на особую заботу и помощь.

В Указе Президента РФ от 01.06.2012 № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» определены меры по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков:

- разработка системы мер по предотвращению подросткового суицида, включая подготовку психологов в системе здравоохранения для работы с детьми и подростками с суицидальными наклонностями, а также организация



проведения психологическими службами образовательных учреждений профилактической работы с детьми, родителями, социальным окружением ребенка;

- активизация работы по исполнению соответствующих ведомственных нормативных правовых актов о психологическом тестировании обучающихся в образовательных учреждениях на предмет потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ;

- внесение в федеральное законодательство изменений, касающихся раннего выявления лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ, среди обучающихся в образовательных учреждениях общего и профессионального образования, а также оказания наркологической помощи несовершеннолетним, больным наркоманией, в возрасте от 16 до 18 лет без их согласия по просьбе или с согласия их родителей (законных представителей).

Исходя из вышеизложенного, необходимо отметить, что для реализации указанных мер создан координационный совет при Президенте Российской Федерации. На региональном уровне созданы благоприятные финансовые условия с учетом как общих, так и особенных, присущих данному региону проблем детства. Для успешной реализации Национальной стратегии в современных экономических условиях создана система индикаторов по каждому направлению и организован постоянный мониторинг эффективности проводимых мероприятий. На основе постоянного мониторинга проводится корректировка управленческих решений. Механизмом контроля за ходом реализации Национальной стратегии являются ежегодные аналитические доклады координационного совета и альтернативные доклады, подготавливаемые представителями общественности и экспертного сообщества при участии детей.

Особое значение для выполнения поставленных задач согласно Национальной стратегии является профессиональный подход к реализации указанных мер, а именно: подбор кадров – специалистов психологов, порядок организации деятельности психологических служб или кабинетов, обеспечение благоприятных условий для взаимодействия детей и подростков со специалистами.

Приказ Минобразования РФ от 22.10.1999 № 636 «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации» определяет организационно-методическую основу деятельности службы практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации, в состав которой входят педагоги - психологи образовательных учреждений всех типов, образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-



педагогической и медико-социальной помощи, психолого-педагогические и медико-педагогические комиссии, научные учреждения, подразделения образовательных учреждений высшего образования учебно-методические кабинеты и центры органов управления образованием и другие учреждения, оказывающие психологическую помощь участникам образовательного процесса. Служба оказывает содействие формированию развивающего образа жизни обучающихся, воспитанников, их индивидуальности на всех этапах непрерывного образования, развитию у обучающихся, воспитанников творческих способностей, созданию у них позитивной мотивации к обучению, а также определению психологических причин нарушения личностного и социального развития и профилактики условий возникновения подобных нарушений.

Задачами Службы являются:

- психологический анализ социальной ситуации развития в образовательных учреждениях, выявление основных проблем и определение причин их возникновения, путей и средств их разрешения;
- содействие личностному и интеллектуальному развитию обучающихся, воспитанников на каждом возрастном этапе развития личности;
- формирование у обучающихся, воспитанников способности к самоопределению и саморазвитию;
- содействие педагогическому коллективу в гармонизации социально-психологического климата в образовательных учреждениях;
- психологическое обеспечение образовательных программ с целью адаптации их содержания и способов освоения к интеллектуальным и личностным возможностям и особенностям обучающихся, воспитанников;
- профилактика и преодоление отклонений в социальном и психологическом здоровье, а также развитии обучающихся, воспитанников;
- участие в комплексной психолого-педагогической экспертизе профессиональной деятельности специалистов образовательных учреждений, образовательных программ и проектов, учебно-методических пособий, проводимой по инициативе органов управления образованием или отдельных образовательных учреждений;
- участие совместно с органами управления образованием и педагогическими коллективами образовательных учреждений в подготовке и создании психолого-педагогических условий преемственности в процессе непрерывного образования;
- содействие распространению и внедрению в практику образовательных учреждений достижений в области отечественной и зарубежной психологии;



- содействие в обеспечении деятельности педагогических работников образовательных учреждений научно-методическими материалами и разработками в области психологии.

К основным направлениям деятельности Службы относятся: психологическое просвещение, психологическая профилактика, психологическая диагностика, психологическая коррекция, консультативная деятельность.

Существует ряд дополнительных приказов Министерства здравоохранения, в которых регламентируется деятельность психологов, направленная на оказание психологической помощи детям и подросткам:

- от 13.02.1995 № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь»;

- от 18.03.1997 № 76 «О наркологических реабилитационных центрах»;

- от 06.05.1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»;

- от 28.12.1998 № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций»;

- от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

В соответствии с Приказом Минздрава России от 13.02.1995 № 27 психолого-педагогический персонал включается в штат медицинских учреждений психиатрического, наркологического и психотуберкулезного профиля.

В наркологическом реабилитационном центре осуществляется специализированная помощь подросткам-больным наркоманиями, алкоголизмом и токсикоманиями. В их составе могут находиться учебные классы, спортивные секции, студии и т. п. Подростковое отделение обычно находится отдельно от отделений, в которых проходят реабилитацию взрослые пациенты.

Для оказания психологической помощи детям и подросткам с кризисными состояниями и суицидальным поведением на базе медицинских кабинетов или поликлиник при образовательных учреждениях создаются кабинеты социально-психологической помощи учащимся и несовершеннолетним. Приказом Минздрава России от 06.05.1998 № 148 также предусмотрена организация специализированных постов круглосуточной телефонной связи («телефонов доверия») для оказания экстренной психологической помощи детям и подросткам.

Психологическая помощь детям с выраженными нарушениями речи и других высших психических функций может оказываться в детских поликлиниках, а также в скорпомощных неврологических,



нейрохирургических отделениях больниц, детских психоневрологических диспансерах и других лечебно-профилактических учреждениях. Минздравом России предусмотрено создание на базе лечебно-профилактических учреждений специализированных центров патологии речи и нейрореабилитации, в штат которых наряду с медицинским персоналом включаются психологи. В учреждениях здравоохранения помощь, как правило, оказывается детям и подросткам с легкими формами речевых расстройств. В более тяжелых случаях дети через психолого-медико-педагогические консультации направляются в специализированные учреждения системы Министерства образования: школы-интернаты для детей с отклонениями в развитии, имеющих «особые образовательные потребности», специализированные детские сады и группы для детей «с проблемами в развитии». В некоторых школах создаются логопедические пункты, классы для детей с задержкой психического развития, умственно отсталых, с нарушениями физического состояния.

В рамках реализации инклюзивного образования, в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273 «Об образовании в Российской Федерации», дети с ограниченными возможностями здоровья определенного уровня отклонений обучаются в классах с детьми, не имеющими подобных нарушений.

Общий для всех психологов федеральный закон, регламентирующий оказание психологической помощи детям и подросткам, в нашей стране отсутствует.

Несмотря на то, что уже проделана большая работа в сфере обеспечения детского и подросткового населения психологической помощью в самых разных ситуациях, в том числе при реализации образовательного процесса, необходимо решить ряд сложных и важных задач:

- создать правовую основу участия детей во всех сферах жизни общества;
- преодолеть устоявшиеся стереотипы, связанные с возможностью участия детей в принятии решений, затрагивающих их интересы;
- создать законодательство Российской Федерации в части, касающейся обеспечения участия детей в принятии решений, затрагивающих их интересы, включая ратификацию международных актов;
- создать усовершенствованные образовательные программы и методики обучения по вопросам, связанным с обеспечением и защитой прав ребенка, а также их внедрение в образовательный процесс, в том числе с использованием средств массовой информации и сети «Интернет»;
- расширить влияние института уполномоченных по правам ребенка на всех уровнях;



- создать системы постоянного мониторинга и оценки участия детей в принятии решений, затрагивающих их интересы.

Литература

1. Б. Ф. Ломов, Н. В. Тарабрина. Медицина и психологическая наука // Общественные науки и здравоохранение / Под ред. И. Н. Смирнова. — М.: Наука, 1987. С. 172-184.
2. И. Е. Сироткина. Психология в клинике: Работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. 1995. № 6. С. 79-92.
3. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. С. 30-46.
4. Становление и развитие клинической психологии (Глава 10) // Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. С. 271-297.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ЭГОЦЕНТРИЗМА КАК ФАКТОРА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Земзюлина И.Н.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет, г.
Курск, Россия**

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.

В данной статье рассматривается влияние уровня эгоцентризма, как фактора личностной зрелости, на развитие соматической патологии во время беременности. Выявлены личностные особенности женщин, имеющих нарушения репродуктивной функции в связи с развившейся соматической патологией репродуктивной системы.

Ключевые слова: личностные особенности, беременность, эгоцентризм, соматической патологии

ANALYSIS OF THE LEVEL OF EGOCENTRISM AS A FACTOR OF DEVELOPMENT OF SOMATIC PATHOLOGY DURING PREGNANCY



Zemzulina I. N.

This article discusses the influence of the level of egocentrism as a factor of personal maturity, development of somatic pathology during pregnancy. Identified the personal characteristics of women with reproductive disorders in connection with the development of somatic pathology of the reproductive system.

Key words: personal characteristics, pregnancy, self-centeredness, somatic pathology

Целью исследования явилось проследить связь эгоцентризма, как свойства личности с развитием соматической патологии женщины во время беременности.

В качестве задачи исследования выступили:

1. Проследить влияние эгоцентризма как свойства личности на соматическое состояние женщины в период беременности.

2. Определить как связаны индивидуальные особенности беременной женщины с ее соматическим состоянием. Выявить психологические факторы развития соматической патологии, опираясь на изучение мотивационно-смысловой и эмоциональной сферы женщины, обладающей эгоцентрической направленностью.

3. Проследить динамику изменения соматического состояния женщины, эгоцентрически фиксированной на своем «Я», по мере развития беременности и объяснить возможные изменения на основе предлагаемой нами теории.

Объект исследования – эгоцентризм как свойство личности беременной женщины.

Предмет исследования – влияние эгоцентризма на развитие соматической патологии в период беременности.

Характеристика выборки. Всего в исследовании приняло участие 105 испытуемых – беременных женщин, находящихся на стационарном лечении в отделениях патологии родильного блока ТМО №4 г. Курска и БСМП, но пятеро из них не были включены в базу данных, поскольку их пребывание в стационаре было обусловлено заболеванием, развившимся вследствие биологической патологии и менее всего зависело от психологических особенностей женщин. У двух из них угрозой прерывания беременности стали аномалии в строении матки, у остальных – угроза прерывания беременности вследствие травмы, эндокринной патологии и эписиндрома. Средний возраст испытуемых составил – 22,2 года, $O=4,02$, сроки беременности от 9 до 40 недель включительно. Необходимым условием стало наличие у каждой из



испытуемых первой беременности (впервые происходящие изменения в мотивационно-смысловой, ценностной, эмоционально-волевой сферах).

Среди 100 отобранных испытуемых 55 находились в стационаре с диагнозом угрозы прерывания беременности: угрозы выкидыша (на сроке до 28 недель беременности), либо угрозы преждевременных родов (после 28 недель) и эта группа испытуемых была обозначена нами как группа с «патологией» беременности. Остальные 45 женщин – с диагнозом менее опасным для жизни ребенка и здоровья самой матери: гестозы, хроническая фетоплацентарная недостаточность, пиелонефрит в стадии ремиссии и т.д. В этой же группе были женщины, которые находились в стационаре на обследовании, а их беременность протекала без осложнений. Вся эта группа испытуемых была обозначена как группа с «нормально» протекающей беременностью (информация о диагнозе взята из историй болезни испытуемых, а разделение групп проходило на основании консультаций специалистов – врачей акушеров-гинекологов).

В то же время 24% испытуемых обладали высокими показателями эгоцентризма, т.е. эгоцентрическими чертами, 30% – низкими и 46% – средними (по методике «Индекс эгоцентризма»).

В соответствии с целями и задачами исследования была выдвинута центральная гипотеза: эгоцентризм выступает фактором риска развития соматической патологии в период беременности.

Частными гипотезами стали следующие:

1. Среди женщин с «патологией беременности» большее количество тех, кто обладает высокими показателями эгоцентризма, чем среди женщин, состояние которых приближается к «норме».

Для этой гипотезы в качестве независимой переменной будет выступать факт наличия «патологии» беременности или его отсутствие. Зависимой – будет показатель эгоцентризма. Предполагается квазипериодическая зависимость между этими переменными.

2. Среди женщин с высокими показателями эгоцентризма большее количество тех, чье состояние оценивается как патология беременности, чем среди женщин, не обладающих этим свойством.

Независимая переменная – уровень эгоцентризма, зависимая – факт наличия или «отсутствия» патологии. Контроль переменных пассивный, зависимость также предполагается квазипериодическая.

3. Среди женщин с высокими показателями эгоцентризма большее количество тех, у кого недостаточно сформирована смысловая сфера материнства, не сформирован смысл события («Мы»), а сама беременность не является смыслообразующим фактором или несет отрицательную смысловую нагрузку.



Независимая переменная – показатели эгоцентризма, зависимая – степень сформированности смысловой сферы матери. Также квазипериодическая зависимость и пассивный контроль переменных.

4. Среди женщин с высоким уровнем эгоцентризма большее количество тех, у кого в эмоциональной сфере преобладает астенический фон настроения, для них более характерен высокий уровень психоэмоционального напряжения, чем для женщин, которые не обладают свойством эгоцентризма.

Независимая переменная – уровень эгоцентризма, зависимая – эмоциональный фон настроения.

5. Среди женщин, состояние которых характеризуется как «патология» большее количество тех, кто находится на ранних и средних сроках (1,2 триместр) беременности, чем среди женщин, чье состояние приближается к «норме».

Независимая переменная – наличие «патологии», зависимая – срок беременности.

6. Для большинства женщин с «патологией» беременности характерным способом переработки конфликтов является бегство в болезнь, женщины с «нормой» предпочитают иные способы переработки конфликта.

Независимая переменная – наличие «патологии» беременности, зависимая – способ переработки конфликтов.

Помимо зависимой, независимой переменной в данном экспериментальном исследовании учитывалось наличие внешних переменных, влияющих на результаты работы:

- порядок беременности и родов;
- наличие различной степени выраженности патологии у каждой из испытуемых;
- кроме того, для каждой из гипотез, независимые переменные других, расценивались нами как внешние, способные оказаться источником артефактов.

Другие влияния не представлялись для нас значимыми, т.е. способными значительно повлиять на результаты исследования. Для контроля применялось создание константных условий, при которых влияние внешних переменных остается неизменным на всех испытуемых, при всех вариантах независимой переменной и на протяжении всего эксперимента. Однако нельзя говорить о полном преодолении эффекта смешения, поэтому необходим был учет возможного влияния переменных при описании результатов.

В исследовании использовались следующие методы и методики:

1. Методика «Индекс эгоцентризма».
2. Разработанная в 1997 году К.Муздыбаевым «шкала диспозиционного эгоизма».



3. Методика Н.П.Фетискина «Визуально-ассоциативная самооценка эмоциональных состояний».

4. Восьмицветовой тест Люшера.

5. Висбаденский опросник N. Peseschkian.

6. Методика «Линия жизни» (автобиографический вариант Ржичана).

7. Шкала Дембо – Рубинштейн.

8. Для статистической обработки данных использовалась компьютерная программа StatSoftStatistika 6.0.

На основе проведенного исследования нами были сформулированы следующие выводы:

1. Эгоцентризм, как свойство личности, оказывает значительное влияние на соматическое состояние женщин во время беременности, являясь фактором риска развития патологии. Будучи подсознательной структурой, эгоцентрическая направленность становится наименее осозанным и контролируемым элементом, перестраивает потребностно-мотивационную сферу женщины, делая главным удовлетворение собственных потребностей и игнорируя, одновременно, потребности материнства. Эгоцентризм воздействует на телесность через внутренний конфликт, в основе которого лежит рассогласование в ценностно-смысловых и потребностно-мотивационных аспектах. На основании данных, полученных в исследовании, следует предположить, что для женщин, обнаруживающих черты эгоцентризма, сама беременность несет более отрицательную смысловую нагрузку, для них характерна излишняя фиксированность на событиях прошлого с одновременной недооценкой событий настоящего и будущего, в том числе факта беременности и предстоящего материнства. Для женщин, не обладающих этими чертами характерен более оптимистичный взгляд в будущее, более четкая постановка жизненных целей и определения перспектив с ориентацией на их достижение, материнство является для них ценностью в априоре, несет положительную смысловую окраску и обозначается как со-бытийное «Мы», тогда как эгоцентрическая направленность рассматривает беременность (да и материнства в целом) через призму собственного «Я», своих потребностей, интересов, желаний, и она, в таком случае, воспринимается либо как препятствие на пути достижения собственных целей, либо как своеобразный способ их достижений. Вообще для женщины с чертами эгоцентризма характерна более активная личностная позиция, стремление доминировать и выраженная потребность в обладании жизненными благами, что само по себе, не противоречит эгоцентризму, так как способствует достижению эгоцентрических целей и удовлетворению потребностей, связанных с собственным «Я», в то время как для женщин не обладающих эгоцентрической направленностью характерны такие черты как надежда на успех, выраженная



эмотивность, эмоциональная вовлеченность, оптимистичность, непосредственность чувств. Они же склонны к более частым проявлениям тревоги, что объясняется естественной заботой о здоровье – своем и своего ребенка. Эгоцентричные женщины, напротив, обладая более выраженной патологией склонны к меньшим проявлениям тревоги: беременность и материнство само по себе имеют для них меньшее значение, чем собственные интересы и угроза для жизни ребенка не воспринимается ими как угроза для себя, поэтому не вызывает тревогу.

2. Говоря о механизме развития «патологии», следует обратить особое внимание на то, что большинство женщин с подобным диагнозом находятся на ранних и средних сроках беременности, то есть тех сроках, на которых происходит обострение внутреннего конфликта, вследствие закономерно происходящих изменений в теле и сознании женщины. Наиболее значимым является первый и второй триместр, период, когда начинают появляться первые ощущения, первые телесные признаки беременности, появляется шевеление ребенка, которое в это время воспринимаются неоднозначно и, попадая под влияние смысловых диспозиций эгоцентрически направленной женщины, приобретают отрицательную окраску, означаются как неприятные, дискомфортные, болезненные ощущения и разворачиваются в симптом, требующий медицинской помощи. Самым «лучшим» исходом беременности для эгоцентрически фиксированной женщины будет ее отсутствие, то есть, в данном случае, ее прерывание как разрешение конфликта, и именно это диагноз демонстрируют в своем большинстве женщины с чертами эгоцентризма – диагноз «угрозы прерывания беременности», которые развивается благодаря вторичному значению первичных симптомов. И это есть способ выражения внутреннего противоречия, способ преодоления конфликта. Впоследствии, по мере развития беременности происходит поиск других компенсаторных механизмов, способных сгладить конфликт, происходит некоторое внедрение в ценности материнства в общую структуру ценностей и оно обретает иной смысл – не препятствие, которое нужно преодолеть, а необходимость, которую необходимо принять и смириться с ее существованием, научиться жить с ней единой жизнью поскольку невозможно уже что-либо изменить. Третий триместр, вероятно, время перемен, когда находятся другие пути преодоления конфликта, которые на данном этапе исследования не определены и требуют дальнейшего изучения.

3. В основе материнства лежит потребностно-мотивационная сфера, которая во многом зависит от ценностно-смысловой ориентации женщины. И от личностной зрелости, способности безоговорочно принять ценность ребенка и отказаться от ценностей социально-комфортной среды, зависит здоровье будущей матери, здоровье ее ребенка, тогда как иное построение иерархии



ценностно-смысловых ориентаций с акцентом на доминирование собственных интересов, влечет за собой развитие внутреннего конфликта, неблагоприятно сказывающегося на здоровье матери и ее ребенка, что, в данном случае, мы наблюдали, изучая феномен «эгоцентризма» в период беременности.

Литература

1. Абрамченко В.В. Психологическое акушерство / В.В. Абрамченко. – СПб.- 2001.
2. Айвазян Е.Б. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картины беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией / Е.Б. Айвазян, Г.А. Арина, В.В. Николаева // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология.- 2002.- №3. - С. 3-13.
3. Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл // Синапс. -1993.- №4. - С. 35-42.
4. Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. Принятие роли матери: клинико-психологический анализ / Т.Д.Василенко, И.Н. Земзюлина. - М.: Изд-во Форум - Инфра-М. 2011.- с. 167.
5. Васильева Т.Н. Самочувствие на разных сроках беременности / Т.Н. Васильева // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 1999.- №1. - С. 20 - 22.
6. Земзюлина И.Н., Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери: Дис...канд. психол. наук. Курск, 2009. – 152 с.;
7. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: Мед. пресс – информ. 2002.-с.340
8. Николаева В.В. Клинико-психологические проблемы психологической телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Психол. журн.- 2003.- Т.24.- №1.- С.23-31
9. Печникова Е.Ю. особенности стиля переживания беременности и онтогенеза материнской сферы при акушерской патологии / Е.Ю. Печникова // Журн. практ. психол.- 2003.- № 4-5 - С.120-143.
10. Русалова В.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью / В.М. Русалова, Л.М. Рудина. // Психол. журн.- 2003.- Т.24.- №6 - С. 16.
11. Филиппова. Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. / Учебное пособие.- М.: Издательство Института психотерапии. -2002.- с.200



12. Филиппова Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы / Г.Г Филиппова // Журн. практ. психол.- 2003.- № 4-5 - С. 83-107.

ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Илхамова Д.И.

Национальный университет Узбекистана, г. Ташкент, Узбекистан

В статье рассматриваются подходы к коррекции психосоматических расстройств у детей и подростков. Отмечается, что существуют ряд концепций, направленных на коррекцию эмоционально-личностной сферы, в частности неадекватной самооценки, тревожности, пониженной стрессоустойчивости, неуверенности в своих силах, которые отражают повышенную эмоциональную напряженность ребенка. Подчеркивается, что применение адекватных способов психотерапевтического воздействия в комплексе мероприятий по реабилитации больных детей и подростков, рациональное использование конкретных методов психопрофилактики и коррекции открывает новые возможности для более полного улучшения соматического и психологического состояния и улучшения качества жизни больных детей.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, психическое здоровье, неврастенический синдром, концепции, вторичные осложнения, психокоррекция и психопрофилактика, арттерапия, музыкотерапия, социально-психологическая адаптация, реабилитация.

APPROACHES TO CORRECTION OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Iltamova D.I.

The article discusses approaches to the correction of psychosomatic disorders in children and adolescents. It is noted that there are a number of concepts aimed at correcting the emotional-personal sphere, in particular inadequate self-esteem, anxiety, low stress tolerance, uncertainty in their abilities, which reflect the increased emotional tension of the child. It is emphasized that the use of adequate methods of psychotherapeutic influence in the complex of measures for the rehabilitation of sick children and adolescents, the rational use of specific methods of psychoprophylaxis



and correction opens up new opportunities for better improvement of the somatic and psychological state and improving the quality of life of sick children.

Keywords: psychosomatic diseases, mental health, neurasthenic syndrome, concepts, secondary complications, psychocorrection and psychoprophylaxis, art therapy, music therapy, socio-psychological adaptation, rehabilitation.

В настоящее время актуальной остаётся проблема коррекции психосоматических расстройств у детей. Специальные проблемы психокоррекции составляют такие личностные особенности детей, как неадекватность самооценки, тревожность, пониженная стрессоустойчивость, неуверенность в своих силах, отражающие повышенную эмоциональную напряженность ребенка.

В научной литературе описаны несколько концепций психосоматической коррекции. Личностные концепции психосоматической терапии представлены широким спектром терапевтических систем, опирающихся на различные теории личности. С известной долей условности их можно разделить на две группы. Одни концепции опираются на изучение жизненного пути личности как совокупности событий и отношений. Такова, например, психология отношений В.Н.Мясищева. Другие рассматривают судьбу личности в связи со способами переживания жизненных событий, а не с самими событиями [2]. Обе концепции, различаясь методически, преследуют одну и ту же цель — установление терапевтического диалога с личностью, направленного на саногенез. К началу 1990-х годов в мире насчитывалось более 250 видов психотерапии, их число продолжает расти.

Холистические концепции психосоматической терапии опираются на представления о целостности человека и принципиальной неделимости на душу и тело. Многие методы холистической терапии относят к разряду так называемых нетрадиционных видов лечения, связанных с биоэнергетическими воздействиями и процессами, особыми состояниями сознания. К этим методам близки суггестивная терапия в различных ее модификациях [4].

Концепции семейной коррекции учитывают особую роль, которую играет семья в жизни ребенка, формировании его личности и психосоматического потенциала, генезе психосоматических расстройств. Эти и многие другие концепции психосоматической терапии являются скорее взаимодополняющими, чем альтернативными.

Известно, что игра – это естественный язык ребенка, своеобразная среда для его самовыражения. В данном случае игра представляет собой целостную терапевтическую систему построения отношений с ребенком. Игровая терапия является эффективной при решении самых разнообразных проблем – облегчении состояния при психосоматических заболеваниях, снижении



тревожности, страха и улучшении эмоционального состояния, снижении агрессивности в поведении, коррекции нарушений интеллектуально-мнестических функций. Кроме того, игровая психокоррекция ослабляет отрицательные эмоции больных детей, обусловленные отрывом их от семьи, изоляцией в пределах отделения, а порой и палаты, вынужденной гиподинамией, смягчает стрессогенные влияния болезненных и других крайне неприятных диагностических и лечебных процедур, предупреждает раннее проявление госпитализма.

Методика игровой психокоррекции стала разрабатываться и внедряться в практику лечения нервных и психических заболеваний у детей и подростков в 30-40-х годах XX века. М. Klein использовавшая в целях игровой психотерапии миниатюрные куклы опиралась в основном на психоаналитический метод З.Фрейда. Предоставляя ребенку полную свободу в игровых ситуациях, она старалась объяснить детям значение надуманных игровых символов, этим самым как бы стремясь вытеснить бессознательные тенденции в мозге больного сознательными, снять тревогу, волнение, страх, устранить другие деформированные чувства и переживания, восстановить нарушенные взаимоотношения с родителями. На принципах психоанализа строила терапию с игрой и А.Фрейд, которая использовала приемы активного вмешательства врача-психолога в игровые ситуации, придавая игре обучающий аспект и целенаправленно руководя ею, добиваясь устранения неадекватных реакций, стремясь сформировать у ребенка чувство доверия и любви к окружающим его взрослым, прежде всего родителям.

Д.Б. Эльконин подчеркивает, что фрейдистская интерпретация игровой психокоррекции и попытки строить игру на принципах психоанализа является неприемлемыми в связи с тем, что теория психоанализа З.Фрейда отождествляет влечения человека в онтогенетическом аспекте с инстинктами животных, во многом переносит динамику психики и эмоций взрослых на детей, утверждает определенный антагонизм в отношениях между детьми и взрослыми. V. Axline рассматривает игру как средство максимального самовыражения ребенка, позволяющее ребенку полностью раскрыть свои эмоции при невмешательстве взрослых в игровую свободу и активность больного ребенка. При этом ребенка не следует сдерживать или подгонять в игре, надо принимать его таким, какой он есть. В то же время D. Levi предлагает принципиально другую методическую основу игровой психотерапии. В качестве лечебной игры автор рекомендует директивный принцип, в соответствии с которым полную инициативу в игровых ситуациях берет на себя врач-психолог. При этом должен заранее составляться план ролевой игры с учетом возраста и индивидуальных особенностей психоэмоционального состояния её участников, а также конечной цели психокоррекции [12]



По мнению многих авторов [6, 11, 13] игровая психокоррекция ослабляет отрицательные эмоции больных детей, обусловленные отрывом их от семьи, изоляцией в пределах больничного отделения, вынужденной гиподинамией, смягчает стрессогенные влияния болезненных и других крайне неприятных диагностических и лечебных процедур, предупреждает раннее проявление госпитализма, способствует установлению доброжелательных и доверительных отношений больного ребенка с медицинскими работниками и педагогами. Нужно отметить, что при применении игровой психокоррекции обязательным является учет возраста детей.

В подростковом возрасте при психосоматических расстройствах наибольшую пользу могут принести методы лично-ориентированной психотерапии, семейной и групповой в интеракционной и структурной моделях. Меньшее значение в этом возрасте имеют поведенческие и гипно-суггестивные методы психотерапии [1, 5].

Рациональная (разъясняющая) психотерапия— логическое воздействие на психику больного с целью изменить неправильные представления о проявлениях болезни и степени ее тяжести. Основные направления этой психотерапии: выработка вместе с больным жизненных установок, соответствующих ситуации с использованием логического убеждения и лечебного перевоспитания. Прежде чем создавать необходимые установки, следует сформировать правильное отношение больного к своему состоянию. Для этого нужно уточнить взаимоотношения в семье, выявить наиболее беспокоящие переживания. Лучшему пониманию и реагированию способствуют заранее подготовленные детьми рассказы на житейские или фантастические темы. Применяется разыгрывание в лицах ситуаций, придуманных ребенком. Детям предлагают незаконченные истории, завершение которых предполагает разрешение конфликтных обстоятельств согласно личному опыту, что облегчает понимание собственных трудностей. Разрешению этих проблем и лучшему приспособлению способствует проигрывание завершающей части историй. Индивидуальная психотерапия детей должна проводиться одновременно с психотерапией родителей [3].

Многие ученые предполагали, что у неуверенных в себе детей и подростков заторможенность возникает в процессе научения, когда их наказывают за нежелательное неадаптивное поведение. Быть уверенным в себе означает уметь определять и выражать свои желания, потребности, любовь, раздражение, критику. У больных с психосоматическими расстройствами часто неуверенность является переживанием, составляющим часть механизма, лежащего в основе заболевания. Одним из эффективных лечебных средств может оказаться тренинг самоутверждения.



Результаты наших исследований показывают, что для исправления болезненных форм поведения наиболее эффективным является поведенческая (бихевиориальная) терапия. Ее теоретической основой является учение об условно-рефлекторной деятельности, то есть об обучении. Разнообразные методики этого вида терапии целесообразно использовать с целью подкрепления или подавления отклоняющихся форм поведения (энурез, анорексия и др.). Подкреплением лечения может быть проявление заинтересованности взрослого, поощрения, похвалы, материальные формы вознаграждения или оценка, например, в форме жетонов или баллов.

Арттерапия - терапия изобразительным творчеством, которую используют в качестве средства общения при совместном рисовании, для расслабления, улучшения самооценки и преодоления разочарования. Рисование снижает внутреннее сопротивление личности в процессе лечения, способствует концентрации внимания на переживаемых трудностях, в связи с чем улучшается их понимание, формулирование и отреагирование. Изобразительная деятельность детей позволяет им без слов выразить свои мысли. Способность к разрядке эмоционального напряжения у детей с психосоматическими расстройствами затруднена. Использование продуктов изобразительной деятельности (рисования, лепки, создания масок, выпиливания) облегчает отреагирование переживаний и фантазий, способствует изменению поведения.

Рисунок семьи, выполненный ребенком, характеризует его положение в семье и выявляет конфликтные взаимоотношения между родителями, между родителями и ребенком. Свободно избранный сюжет позволяет ребенку обратить внимание на трудности, возникающие в детском коллективе и показать его переживания (страхи, опасения).

Психотерапия посредством рисования наиболее эффективна у детей 4—11 лет. Особенно это касается конкретных страхов. Рисунки также могут служить показателем происходящих в процессе психотерапии изменений.

Музыкотерапия— психотерапевтический метод, в котором музыку используют в качестве средства воздействия на психику и через нее на организм больного. При помощи этого метода происходит эмоциональная стимуляция в процессе вербальной психотерапии; развиваются навыки межличностного общения; оптимизируются психовегетативные процессы; повышается уровень эстетических потребностей. Музыка способствует эмоциональной разрядке, регулированию настроения, облегчению осознания собственных переживаний, противостоянию жизненным проблемам, повышению социальной активности, облегчению формирования новых отношений и установок. Музыкальная терапия может быть активной и рецептивной. В первом случае — это направленная активная музыкальная



деятельность. Во втором случае больной с лечебной целью прослушивает рекомендованные музыкальные произведения. Музыкалотерапию часто используют при групповой психотерапии. Ее достаточно широко применяют при лечении разных видов патологии у детей [5].

Результаты проведенной нами психокоррекционной работы показывают, что применение адекватных способов психотерапевтического воздействия в комплексе мероприятий по реабилитации больных детей и подростков, рациональное использование игровой психопрофилактики открывает новые возможности для более полной коррекции психологических расстройств и улучшения качества жизни больных детей.

Литература

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко.- М.: Изд. ин-та психотерапии.- 1999.- 298 с.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. - М.-2002.-с.356
3. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров.- Л.: Медицина.- 1982.- 216 с.
4. Зверева Н.В. Детская клиническая психология: история и современное состояние / Н.В. Зверева, Т.Г. Горячева// Медицинская психология в России. 2015.- №2. - С.1-12.
5. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев // Психосоматические и соматические расстройства у детей.- Л.- 1990.- С. 15-21.
6. Конончук Н. В. Профилактика эмоционального стресса / Н. В. Конончук, В. К. Мягер // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства.- Л.- 1977. -С. 140-146.
7. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика / Е. М. Мастюкова.- М.: Владос.- 1997. -304 с.
8. Напаян А. В. и др. Психотерапия и ее эффективность при бронхиальной астме у детей // Вопр. охр. мат. идет. - 1983.- № 5. -С. 16-20.
9. Мясичев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. - Л.-1960.-289с.
10. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева.- М.: МГУ.- 1987. -С. 168
11. Психосоматические и соматические расстройства у детей / Под ред. Д. Н. Исаева и Б. Е. Микиртумова. Л.- 1990. - 140 с.
12. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов / А.С. Спиваковская.- М.: МГУ.- 1988.-340с.
13. Элконин Д.Б. Психология игры / Д.Б. Элконин.- М.- 1990.-380с.



ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ СЕНСОРНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Ильина В.В., Молчанова Л.Н.

**Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

В статье представлены особенности нарушений сенсорного восприятия у детей с РАС, клинические проявления, детерминированные нарушениями сенсорного восприятия различных модальностей, а также методы сенсорной интеграции, направленные на стимуляцию работы анализаторов в условиях координации различных органов чувств.

Ключевые слова: сенсорная интеграция, дети с расстройством аутистического спектра, дисфункция сенсорного восприятия, сенсорная защита, сенсорная аутостимуляция.

FEATURES OF DYSFUNCTION OF SENSORY PERCEPTION IN CHILD WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS: ANALYSIS OF THE CLINICAL CASE.

Ilyina V.V.

The article presents peculiarities of sensory perception disorders in children with autism spectrum disorder, clinical manifestations determined by impaired sensory perception of various modalities, as well as sensory integration methods aimed at stimulating the work of analyzers under coordination of various sensory organs.

Key words: sensory integration, children with autism spectrum disorder, sensory perception dysfunction, sensory defense, sensory autostimulation.

В последние несколько лет все большую популярность среди специалистов, работающими с детьми с различными нарушениями в психическом развитии, а в частности с детьми с РАС, приобретают методы сенсорной интеграции.

Сенсорная интеграция – это способность головного мозга объединять ощущения, получаемые от разных органов чувств, для совершения



координированных движений, выстраивания моделей поведения, успешного интеллектуального и речевого развития [1].

При нормальном развитии, ощущения различных модальностей в результате сложной аналитико-синтетической деятельности головного мозга объединяются в целостный образ предмета, явления или ситуации и интерпретируются в соответствии с прежним опытом [3]. У детей с РАС отмечается дисфункция сенсорного восприятия окружающего мира. Это выражается в неспособности интегрировать информацию, поступающую от различных органов чувств, в целостную и точную картину реального мира. Дети с РАС имеют моноканальный характер восприятия: они выделяют из огромного спектра сенсорных сигналов отдельные аффективно значимые для них раздражители цвета, формы, звуков, запахов, тактильных и вестибулярных ощущений, но не объединяют их в единое целое, и зачастую неспособны соотнести имеющиеся раздражители с прошлым опытом [4,5,6]. Поэтому картина окружающего мира для них мозаична и хаотична, утрачено ощущение комфорта и безопасности. Нарушения сенсорной интеграции выражаются в специфике контактов с внешним миром и в других поведенческих и коммуникативных нарушениях [1]. Такое поведение, может являться своего рода защитой от внешнего мира, который воспринимается ребенком с РАС как раздробленный, неустойчивый, пугающий и болезненный. С помощью данных моделей поведения, ребенок старается снизить травмирующие ощущения, успокоить себя, почувствовать контроль над ситуацией и сохранить ощущение безопасности.

Выделяют следующие виды сенсорных систем: вестибулярная, мышечная (проприоцептивная), обонятельная, зрительная, слуховая, кинестетическая (тактильная), вкусовая. Трудности в каждой из них из них можно разделить на две части: очень высокая (ОВЧ) и очень низкая чувствительность (ОНЧ). Дисфункция сенсорной интеграции может проявляться как гиперфункция (ОВЧ) — в виде сенсорных защит, и как гипофункция (ОНЧ) — в виде сенсорной аутостимуляции [4].

При гиперфункции ребёнок получает слишком много чувственной информации, его мозг перегружен. При гиперфункции ребёнок не получает достаточного количества чувственной информации, и он начинает ее искать. Поскольку все сенсорные системы взаимосвязаны, нарушения одной приводят к проблемам в развитии других, причём каждая сенсорная система может быть поражена различно, например, ребенок может иметь гипочувствительность к зрительным, вкусовым и тактильным раздражителям и гиперчувствительность к обонятельным и слуховым стимулам [5].

На примере случая из практики, постараемся дать наглядное представление о клинической картине РДА с позиции сенсорного подхода.



На сеанс обратилась семья с ребенком 2 года и 1 мес. У девочки наблюдаются симптомы раннего детского аутизма, которые соответствуют первому виду по классификации О. Н. Никольской.

При первом приеме отмечались следующие нарушения (табл. 1):

Таблица 1

Проявления нарушений сенсорной системы

Сенсорная система	Вид дисфункции	Проявления
Вестибулярная	Гипофункция (ОНЧ)	Хаотичная двигательная активность, во время занятия залазила на столы, стулья, на любые высокие поверхности, бегала по кабинету, ни минуты не сидела на месте, при этом поведение полевое, бесцельное
Проприоцептивная	Гиперфункция (ОВЧ)	Несодружественные движение руками при ходьбе, нарушения мелкой моторикой (маленькие предметы захватывает всей ладонью, тяжелые предметы в руке удержать не может), повышенный мышечный тонус, двигательные стереотипии (бегала по кругу, каждый раз, пробегая около гамака, хлопала по нему ладонью)
Обонятельная	Гипофункция (ОНЧ)	Со слов родителей, «не замечали, чтобы ребенок как – то реагировал на бытовые запахи»
Зрительная	Гиперфункция (ОВЧ)	Избегает взгляда в глаза, взгляд бегающий, блуждающий, скользящий по предметам, концентрирует внимание на посторонних предметах на несколько секунд, цвета не различает, при познании предметов окружающего мира, использует не зрение, а вкус, понравившееся предметы, облизывает, на больших объемных предметах внимание не концентрирует, лучше фокусируется на мелких деталях, лица людей интереса не представляют
Слуховая	Гипофункция (ОНЧ)	В младенчестве не интересовалась погремушками, во время занятия не реагировала на громкий и резкий звук колокольчика, родители подтверждают, что оставляет без внимания включенную музыку, не реагирует на бытовые шумы.
Тактильная	Гиперфункция (ОВЧ)	Избирательно относится к одежде, «терпеть не может шапки», «не любит, когда моют голову или расчесывают», стремится выбраться из – под тяжелого одеяла, предпочитает ощупывать предметы тыльной



		стороной ладони, не долго сидит на руках; со слов родителей, «водили на массаж – кричала, вырывалась»; также наблюдается повышенная чувствительность на задней стороне шеи и на спине
Вкусовая	Гипофункция (ОНЧ)	Избирательна в еде, многие продукты не переносит, отмечались случаи поедания несъедобных вещей («съела кусок обоев»), заинтересовавшие предметы тянет в рот, стремится жевать ткань одежды окружающих, дома обкусывает книги.
Общие нарушения речи и коммуникации	Речь представлена лепетом, не приуроченном к ситуации, на обращенную к ней речь не реагирует. Контакт с родителями нарушен, к общению сама не стремится, не интересуется предложенными игрушками, не реагирует на домашних животных.	

Развивающие занятия проводились 2 раза в неделю в течении двух месяцев. Длительность занятий постепенно увеличивалась от одного до полутора часов. Во время коррекционной работы использовался следующие комплекс специальных игр и упражнений по сенсорной интеграции, направленные на стимуляцию работы анализаторов в условиях координации различных органов чувств [2].2 (табл.2):

Таблица 2

Комплекс специальных игр и упражнений по сенсорной интеграции

Комплекс специальных игр и упражнений	Мишень воздействия
Вращение по кругу; раскачивание в гамаке; перекатывание со спины на живот на большом мяче; одевание тяжелой металлической кольчуги; необходимость выбраться из ограниченного пространства; балансирование на доске; ползание и ходьба по неровной, наклонной, неустойчивой поверхности	Вестибулярная и проприоцептивная системы
Пакетики с различными специями и сухими травами	Обонятельная система
Различные погремушки, колокольчики; перкуссионные инструменты (дарбуке, пандейру).	Слуховая система
Обтирание различными видами тканей (шелковые и капроновые ленты, джинсовая, хлопковая, бархатная, трикотажная); тактильные панно из разнообразных материалов (наждачной шкурки, кожи, меха, шерсти, дерева); панно с различными видами застежек пуговицами, молниями, пряжками; различные по форме и степени жесткости кисточки, перья; мячики из меха, с шипами, колючками; использование природных материалов (шишки, каштаны, морские камни, деревянные брусочки); окунание рук в рис, горох, муку и мелкие камни; игры со стеклянными шариками и мелкими фигурками, погруженными в воду; хождение	Тактильная система



босиком по крупным камням, гальке, деревянным поленьям, жесткому игольчатому коврику.	
Цветные стёклышки, бусы, разноцветные перья, цветные прищепки.	Зрительная система
Дидактические игры по методу Монтессори	Интеллектуальное развитие и развитие мелкой моторики

Были получены следующие результаты: снизилась двигательная активность, поведение стало более упорядоченным и целенаправленным, нормализовался мышечный тонус, улучшилась слаженность и координация движений. Улучшилась концентрация внимания на предметах, отмечается небольшая заинтересованность в предметно – манипулятивной деятельности. Появился навык работы с сыпучим материалом, улучшилась мелкая моторика (родители отмечают, что «дома стала сама есть ложкой»). Более спокойно принимает тактильный контакт, стала изредка, но инициировать контакт со взрослыми – подходит к родителям, обхватывает руками их ноги. Родители отмечают, что сон в ночное время стал более спокойный, частота пробуждений сократилась. Не противится контакту с психологом, позволяет брать себя на руки, кружить, стала спокойнее относиться к перемене обстановки. Освоила ходьбу по неровным поверхностям, научилась выбираться из ограниченного пространства. Эпизодически, стал появляться контакт глаза в глаза. Усилилась речевая активность.

Таким образом, мы видим, что методы и техники сенсорной интеграции дают видимый эффект при работе с детьми с РАС, но также может использоваться и при ряде других нарушений (СДВГ, ЗПР, ЗРР и др.)

Литература:

1. Айрес Э.Джин Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес; [пер. с англ. Юлии Даре]. – М.: Теренвиф.- 2009. – 272 с.
2. Варенова Т.В. Создание коррекционно-развивающих технологий на основе метода сенсорной интеграции / Т.В.Варенова // Сборник трудов факультета специальной педагогики и специальной психологии. Т. 2. Международный межвузовский выпуск.- М: МГПУ.- 2007. - С. 44-51
3. Дорохов М.Б. Нейропсихологическая модель формирования аутистических расстройств особенности их психокоррекции / М.Б. Дорохов // Научно-исследовательские публикации. -2015.- №5 (25).-С.24-32



4. Кислинг, Улла Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие / Улла Кислинг; под ред. Е.В. Ключковой; [пер. с нем. К.А. Шарп]. - М.: Теревинф.- 2010. - 240 с.
5. Крановиц К. С. Разбалансированный ребенок. Как распознать и справиться с нарушениями процесса обработки сенсорной информации / Кэрол Сток Крановиц; Пер. с англ. 1 – е изд. СПб: Издательство «Редактор».- 2012 – 369 с.
6. Молчанова Л.Н. Проблема дифференциальной диагностики расстройств аутистического спектра у детей / Л.Н. Молчанова, В.В. Ильина // Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Инновационные технологии педагогики и психологии».- 2017.- С. 60-62.

КОГНИТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОБЩЕЙ СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ

Казымаев С.А., Рудаков Б.Э., Никитин И.Г.

Лечебно-реабилитационный центр Минздрава РФ, г. Москва, Россия

В статье представлен теоретический анализ влияния когнитивного дефицита на активность и участие, на реабилитационные мероприятия. Сделано предположение о наличии влияния на успешность реабилитационной программы, направленной, на восстановление движений, речи или акта глотания, трех составляющих: наличие или отсутствие когнитивных нарушений, работы с эмоционально-волевой сферой, работа с родственниками. Представлено описание клинического случая.

Ключевые слова: реабилитация, нейропсихологическая реабилитация, когнитивная реабилитация, биопсихосоциальный подход.

COGNITIVE REHABILITATION IN THE GENERAL SYSTEM OF REHABILITATION MEASURES, ANALYSIS OF CASES

Kazybaev S. A., Rudakov B. E., Nikitin I. G.

The paper presents a theoretical analysis of the impact of cognitive deficits on the activity and participation in rehabilitation activities. The assumption is made about the presence of influence on the success of a rehabilitation program aimed at restoring movements, speech or act of swallowing, of three components: the presence



or absence of cognitive impairment, emotional-volitional sphere, work with relatives. The description of a clinical case.

Key words: rehabilitation, neuropsychological rehabilitation, cognitive rehabilitation, biopsychosocial approach.

Введение.

После травмы мозга, наряду с нарушениями движения, глотания и речи, проявляются также когнитивные нарушения. Когнитивные нарушения значительно влияют на активность и участие пациентов, особенно на навыки самообслуживания, профессиональные способности, взаимодействие с людьми, а также на эффективность реабилитационных мероприятий [3,7].

Это связано с тем, что когнитивные функции, во-первых, очень сильно взаимосвязаны с функционированием мозга и любое его повреждение может отразиться на когнитивном функционировании, во-вторых, когнитивные функции необходимы для осуществления поведения и освоение новых навыков и знаний, а также их применения [1], именно по этой причине пациенты с когнитивными нарушениями являются наиболее инвалидизированными и трудно реабилитируемыми [3].

Обзор исследований в данной области показывает следующее.

В исследовании Gagliardi С., показано, что когнитивный дефицит значительно влияет на физическую активность пациентов [5]. А в исследовании Al-Dughmi, обнаруживается, что пациенты с когнитивными нарушениями хуже обучаются моторным навыкам [4]. В исследовании Soo Yung Jo, авторы указывают, что пациенты с дисфагией, у которых есть когнитивные нарушения (управляющие функции и зрительное внимание) испытывают трудности в ротовой фазе глотания [9]. В исследовании проведенным Rival J'М.В обнаруживается, что у школьников с выраженными когнитивными нарушениями, без реабилитационных мероприятий на протяжении 3-х лет активность и участие, школьная успеваемость и поведение со временем ухудшаются, по сравнению с группой умеренных и легких когнитивных нарушений после перенесенной черепно-мозговой травмы [8].

На основании представленных данных о влиянии когнитивного дефицита на активность и участие, а также на реабилитационные мероприятия можно заключить, что успешность реабилитационной программы, направленной, на восстановление движений, речи или акта глотания, значительно зависит от трех составляющих: наличие или отсутствие когнитивных нарушений, работы с эмоционально-волевой сферой, работа с родственниками [3].

Клинические примеры.

Пациент К. В. с закрытой черепно-мозговой травмой, с формированием множественных геморрагических контузионных очагов обеих лобных долей,



теменных долей и правой затылочной доли проходил реабилитации с 16.03.2015 по 16.04.2016, получив суммарно 7 курсов реабилитации продолжительностью до 21 дня [2]. Молодой возраст.

Активность и участие пациента представлена была скудно. Пациент сам не обращается, о помощи не просит, не ставит перед собой цели, не старался найти способы преодоления барьеров. Перемещался при помощи инвалидного кресла, постоянно нуждался в помощи. На занятиях с инструкторами ЛФК и на тренажерах пациент не проявлял интереса, не старается контролировать последовательность своих действий. Родственники активно сотрудничали со специалистами, старались поддерживать активность своего сына.

Нейропсихологический статус пациента при поступлении.

Речевой контакт ограничен. Жалоб активно не предъявляет. Самостоятельно к другим не обращается. Речь эхολалична. Понимание обращенной речи фрагментарно. Четко оценить ориентирование в месте, времени и в собственной личности не удастся. Заключение: нарушение динамики психической деятельности, адинамия, аспонтанность.

Глобальные цели реабилитации: частичное восстановление ходьбы и навыков самообслуживания.

Программа когнитивной реабилитации была направлена на когнитивные функции создающие наиболее сильный барьер для достижения поставленных целей, и включала в себя восстановление побудительных и волевых функций, управляющих функций, преодоления нейродинамических нарушений. В результате проведенных реабилитационных мероприятий можно отметить следующую динамику (см. табл.1, 1.1, 1.2).

Таблица 1.

Изменение когнитивных функций и повседневной активности пациента во время реабилитации

Шкалы/дата	16.03.2015	27.08.2015	09.09.2015	18.09.2015
МОСА	недоступно	недоступно	недоступно	доступно частично
Активность и участие	грубо нарушена	грубо нарушена	грубо нарушена	грубо нарушена

Таблица 1.1.

Изменение когнитивных функций и повседневной активности пациента во время реабилитации

Шкалы/дата	12.11.2015	18.12.2015	09.03.2016	09.04.2016
------------	------------	------------	------------	------------



МОСА	доступно частично	доступно частично	20	21
Активность и участие	Начал проявлять интерес к происходящему, активнее сотрудничать		Начал ходить с опорой, контролировать движения	Частичное восстановление навыков самообслуживания

Таблица 1.2**Изменение когнитивных функций в заключительный этап реабилитации**

Оксфордский когнитивный скрининг [1]							
Функция (норма)	Ориентация 4	Память 12	Речь 22	Праксис 12	Счет 7	Внимание 50	Управляющие функции -1(время, сек)
09.03.2016	2	3	22	8	6	34	3(188)
09.04.2016	2	12	22	10	6	47	-1(117)

У пациента повысилась продуктивность выполнения заданий и нейропсихологических проб на внимание, мышление, восприятие. Кроме этого у пациента отмечались положительные личностные изменения: уменьшение анозогнозии, повышение критичности. Пациент стал более активным в социальных интеракциях, чувствительным к критике, мог вступить в спор с близкими. Также у пациента отмечались и изменения в побудительных и волевых функциях. Например, пациент стал способен самостоятельно сидеть за компьютером и выполнять задания. Стал лучше заниматься на других занятиях, контролировать свое тело и 09.03.2016 пациент стал лучше двигаться, используя опорную трость. Возникшие изменения в психике и поведения пациента позволили уменьшить нагрузку на сиделку и родственников за счет повышения самостоятельности пациента и частичного восстановления ходьбы.

Пациент К. С. после инсульта в правое полушарие находился на реабилитации 2 раза по 21 день. Ранний восстановительный период. Работает научным сотрудником. Средний возраст.

Активность и участие у пациента была снижена. Критика к своему состоянию формальная, осознавал, что необходима помощь, что есть изменения, как двигательные, так и когнитивные, однако на занятиях активность проявлял слабо, не стремился выполнить что-либо, приложить усилия, был безучастен и равнодушен к результатам своих действий. Пациент не мог ходить, перемещался при помощи инвалидной коляски, в повседневности частично нуждался в помощи. Левая рука не двигалась.

Нейропсихологический статус при поступлении.



Выраженные когнитивные нарушения, включающие в себя нарушения зрительного внимания, неглект, нарушение побудительных и волевых функций при сохранном общем интеллекте.

Глобальные цели реабилитации: повышение независимости, частичное восстановление профессиональной деятельности, частичное восстановление ходьбы.

Поскольку большинство реабилитационных методик построены на принципе обратной связи, и чаще всего визуальной, то для повышения эффективности занятий на тренажерах был сделан акцент на коррекции нарушения зрительного внимания и неглекта.

В результате реабилитационных мероприятий у пациента улучшилось зрительное внимание (см. рис. 1), что повысило эффективность занятий на тренажерах. При выписке пациент стал ходить с тростью, кроме этого улучшились его профессиональные навыки, стал способен читать тексты, печатать на компьютере, делая меньше ошибок пропуска букв, слов, особенно с левой стороны, что открыло возможности для профессиональной реабилитации.



Рис. 1. Изменение зрительного внимания в процессе реабилитации, субтест broken heart из нейропсихологической батареи «оксфордский когнитивный скрининг» [1]

Заключение.

В рамках классической модели «болезнь-здоровье» [6], направленной на устранения дефекта, для людей с тяжелыми, соматическими, физическими и психическими нарушениями устранить дефект и восстановить активность и участие затруднительно. В связи с чем, все большую популярность обретает подход “Activities of daily living”, базирующийся на биопсихосоциальном взгляде на “болезнь-здоровье” [6], в рамках которого, домен “активность и



участие” рассматривается как переменная, зависящая от многих факторов: от окружающей среды и технологий, от когнитивных функций, личных особенностей и взаимосвязей в семье, а также от биологических и физиологических возможностей.

В таком понимании когнитивные функции играют существенную роль при освоении новых навыков, адаптации и приспособлении пациентов к новым условиям жизни. Именно поэтому пациенты с когнитивными нарушениями являются наиболее инвалидизированными пациентами и трудно реабилитируемыми.

Приведенные выше исследования и анализы случаев доказывают справедливость положений подхода ““Activities of daily living”, в связи с чем при обнаружении у пациентов когнитивного дефицита, особенно тяжелого, рекомендуется в программу реабилитации включать обязательную когнитивную реабилитацию, как неотъемлемую часть других видов реабилитаций направленных на достижение глобальной цели [6].

Литература

1. Казымаев С.А. Новые методики нейропсихологической оценки пациентов, перенесших инсульт: апробация оксфордского когнитивного скрининга (ОКС)/С. А. Казымаев, М. В. Шендяпина, Е. М. Кашина, Т. П. Казейкина, Е. Кузьмина, Т. В. Шаповаленко, К. В. Лядов // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн) - М. - ООО «Сам Полиграфист».- 2016. - С. - 178-181
2. Казымаев С.А. Анализ единичного случая комплексной нейропсихологической реабилитации пациента с грубой посттравматической фиксационной амнезией /С. А. Казымаев, М. В. Шендяпина, Т. П. Казейкина, Т. В. Шаповаленко, К. В. Лядов// Материалы «VII международного конгресса нейрореабилитация 2016». - М. - 2016. - С. 159-164.
3. Новикова Л.Б, Роль реабилитационного потенциала в восстановительном периоде инсульта. /Л.Б. Новикова , А. П. Акопян, Р. С. Ахметова // Consilium Medicum. - 2017 - 19 (2.1). - С. 14–16.
4. Al-Dughmi M., Executive Function Is Associated With Off-Line Motor Learning in People With Chronic Stroke./Mayis Al-dughmi; Alham Al-Sharman; Suzanne Stevens; Catherine F. Siengsukon// Journal of Neurologic Physical Therapy. - Apr. 2017. - 41(2). - P.101-106
5. Gagliardi Cristina, Association between Cognitive Status and Physical Activity: Study Profile on Baseline Survey of the My Mind Project. /Cristina Gagliardi, Roberta Papa, Demetrio Postacchini, Cinzia Giuli// International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2016. - 13(6). - P.585



6. Gerdes N. Zur Theorie der Rehabilitation./ N. Gerdes, J Weis// Grundlagen der Rehabilitationwissenschaften - In J. Bengel and U. Koch, 2000.- S. 41-68
7. Phillips-Bute B., Association of neurocognitive function and quality of life 1 year after coronary artery bypass graft (CABG) surgery. / Barbara Phillips-Bute; Joseph P. Mathew; James A. Blumenthal; Hilary P. Grocott; Daniel T. Laskowitz; Robert H. Jones; Daniel B. Mark; Mark F. Newman// Psychosomatic Medicine. - MAY 2006. - 68(3). - P.369-375.
8. Rival J'M.B., Family function: its role as predictor of family and child outcomes in the first 3 years following childhood TBI./J'M. B. Rival// Presented 4th Conference of the international Association for the Study of TBI, St. Louis, Mo. - 1994
9. Soo Yung Jo., Relationship Between Cognitive Function and Dysphagia After Stroke./Soo Yung Jo, Jeong-Won Hwang, Sung-Bom Pyun// Annals of Rehabilitation Medicine. - 2017. - 41(4). - P. 564-572.

ОСМЫСЛЕННОСТЬ ЖИЗНИ КАК ПАРАМЕТР ОБРАЗА БУДУЩЕГО СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ

Канищева М.А., Жукова В.И., Саенко Д.М.

В статье анализируются подходы к изучению смысла жизни, проблемы построения образа будущего и его структурных компонентов. Приведены результаты эмпирического исследования осмысленности жизни как параметра ценностно-смыслового компонента образа будущего студентов с разным уровнем субъективного контроля. Показано, что для студентов с интернальным локусом контроля характерны более высокая степень целеустремленности, стремление продумывать свое будущее, рефлексия смысла и целей собственной жизни.

Ключевые слова: студенческий возраст, осмысленность жизни, образ будущего, локус контроля, интернальность, экстернальность

THE SENSE OF LIFE AS A PARAMETER OF THE IMAGE OF THE STUDENTS WITH DIFFERENT LEVEL OF SUBJECTIVE CONTROL

Kanisheva, M. A., Zhukov V. I., Saenko D. M.

The article analyzes approaches to the study of the meaning of life, the problem of constructing a vision of the future and its structural components. The results of the empirical research of meaning in life as the parameter of values and meanings



component of the image of the students with different level of subjective control. It is shown that for students with internal locus of control is characterized by a high degree of commitment, desire to think of my future, reflection of the meaning and purpose of his own life.

Keywords: student age, the meaning of life, the way of the future, locus of control, internality, externality

В условиях радикальных преобразований российского общества происходят кардинальные изменения всех жизненных сфер, к которым современная молодежь зачастую оказывается неприспособленной. Воспитание гармоничной личности, способной жить и развиваться в таких условиях является одной из актуальных задач психологии. Кризис смыслообразующих жизненных ценностей приводит к кризису идентичности, вследствие которого может произойти искажение самосознания человека, потеря смысла жизни и профессиональной деятельности, т.е. ответственности и перспектив будущего.

Используя язык синергетики складывающуюся ситуацию можно определить, как пребывание человека в «точке бифуркации» или «бифуркационном поле». Условия, складывающиеся в современном российском обществе, когда возникают ценностные «бифуркационные поля», в которых сталкиваются порой несовместимые ценностные слои, неизбежно приводят к тому, что человек начинает метаться, с целью найти социокультурные ориентиры, а также начинает испытывать опустошение и растерянность.

Следовательно, не менее важным является наличие представленности в образе будущего его осмысленности. Интерес к исследованию данного понятия характерен психологам разных направлений и школ (А.Г. Асмолов, Б.В. Зейгарник, В.А. Петровский, В.В. Столин, В.Э. Чудновский и др.). С точки зрения А.Г. Асмолова, понятие смысла может претендовать на роль центрального понятия в новой, неклассической или постмодернистской психологии, психологии изменяющейся личности в изменяющемся мире [2].

По мнению Д.А. Леонтьева, «смысл жизни ответственен за общую направленность жизни субъекта как целого» [5, С. 250].

В своей теории В. Франкл утверждает, что для человека первостепенное значение играет смысл жизни. «Без фиксированной точки отсчета в будущем человек, собственно, просто не может существовать, обычно все настоящее структурируется на нее, как металлические опилки на полюс магнита. И, наоборот, с утратой человеком «своего будущего» утрачивает всю свою структуру его внутренний временной план, переживание им времени» [6, С. 141]. Следовательно, будущее можно рассматривать как отдельную ценность.

Личность всегда проецирует себя в свое будущее, а представления об отдаленном будущем влияют на ее настоящее. Стремление к реализации



будущего можно расценивать как стремление к развитию. В соответствии с точкой зрения Л.И. Анциферовой, будущее пребывает в личности в виде направленности ее развития и переживается в качестве желание достичь своих целей, а также проявить себя в определенной деятельности, выражается как стремление к обогащению ценностно-смыслового пространства собственной жизни. Личность является проектом, реализуемым в будущем [1].

Построение образа будущего является актуальной темой современных психологических исследований. В настоящее время существует множество подходов к изучению данной проблемы. Они представлены в работах А.С. Бажина, Е.Б. Быковой, Д.А. Леонтьева и Е.В. Щелобановой, С.Д. Некрасова, В.Н. Петровой и др., и интерес к этой проблеме растет.

Принимая во внимание проанализированные подходы к изучению образа будущего, опираясь на теорию М.Р. Гинзбурга [3], мы полагаем, что образ будущего может быть представлен следующими взаимосвязанными компонентами – ценностно-смысловым и пространственно-временным [Рисунок 1]. Ценностно-смысловой компонент образа будущего представлен его осмысленностью, ценностной определенностью, эмоциональной окрашенностью и личностным проецированием себя в будущее. Пространственно-временной компонент включает в себя пространственный диапазон будущего; организованность; темпоральность [4].



Рис. 1. Структурная модель образа будущего



Осмысленность образа будущего является условием продуктивной жизнедеятельности. Соответственно, актуализируется необходимость изучения сознательно контролируемого и ответственного отношения к построению собственного будущего. Проявляемый при этом уровень контроля и ответственности определяет зрелость сделанного выбора, являясь важным условием его реализации в будущем. Вместе с тем, проблема различий в осмысленности образа будущего у студентов с разным уровнем субъективного контроля, по нашему мнению, не получила необходимой самостоятельной разработанности, что привлекло наше внимание к данной теме.

Исследование проводилось на базе ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет». В исследовании принимали участие студенты факультета психологии, факультета журналистики, социально-теологического факультета 1-5 курсов обучения в количестве 335 человек.

В результате исследования было выявлено, что по параметру осмысленности жизни, который был измерен с помощью теста смысложизненных ориентаций (Д.А. Леонтьев), в группе интерналов процент студентов, имеющих баллы выше среднего – 76,2% достоверно выше, чем в группе экстерналов 40,8% ($\varphi=6,65$; $p<0,01$). Соответственно в группе интерналов процент студентов, имеющих баллы ниже среднего – 23,8% достоверно ниже, чем в группе экстерналов 59,2% ($\varphi=6,65$; $p<0,01$) [Рисунок 2].

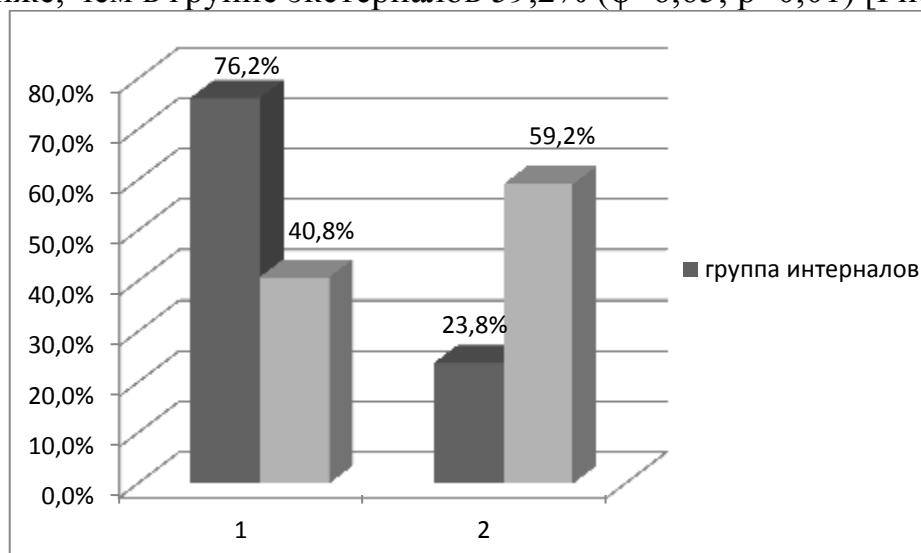


Рис. 2. Процентная выраженность осмысленности жизни в группах студентов с интернальным и экстернальным локусом контроля

Условные обозначения: 1 – процент студентов, имеющих баллы выше среднего, 2 – процент студентов, имеющих баллы ниже среднего.



Для более глубокого понимания данного положения мы обратились к анализу различий в уровне исследуемого признака с помощью U-критерия Манна-Уитни, в ходе которого были получены значимые отличия ($U=11113,5$; $p<0,01$). Полученные данные свидетельствуют о том, что для студентов с высоким уровнем субъективного контроля характерны целеустремленность, стремление продумывать свое будущее, рефлексия целей собственной жизни, что выражается в ее осмысленности. Стремление к достижению целей и осмысленность жизни делают ее интересной и эмоционально насыщенной. Студентам с доминирующим интернальным локусом контроля для достижения поставленных целей свойственно делать упор на прошлый опыт и накопленные знания, что позволяет говорить о продуктивности и осмысленности пройденного пути. Стремясь быть субъектами собственной жизни, они относятся ко времени жизни как к ценности. Такие студенты обладают достаточной независимостью, внутренней свободой, чтобы самостоятельно принимать решения и строить свою жизнь согласно своим целям и представлениям о ее смысле. Представители данной группы стремятся самостоятельно организовывать и контролировать свою жизнь, ответственно к ней относятся, при этом учитывая желание и ожидания окружающих.

Для студентов с низким уровнем субъективного контроля не свойственны целеустремленность, наличие выраженных целей в жизни, а также осмысленное отношение к ней. В целом жизнь переживается ими монотонной, эмоционально ненасыщенной, иначе говоря, малоинтересной. Студенты с доминирующим экстернальным локусом контроля не склонны доверять самим себе, быть субъектами, ответственными за себя, свою жизнь, происходящими в ней событиями, скорее всего из-за того, что не верят в свои силы. По их мнению, свобода выбора иллюзорна, бессмысленно что-либо загадывать на будущее, в жизни все сложится так, как должно сложиться, поэтому нет смысла ее организовывать, так как жизнь неподвластна сознательному контролю.

Таким образом, субъективное переживание человеком наличия или отсутствия смысла жизни тесно взаимосвязано, с осознанием ответственности за результаты своей деятельности, а также пониманием роли собственной активности в управлении своей жизнью.

Литература

1. Анциферова Л.И. Психология формирования и развития личности / Л.И. Анциферова / Психология личности в трудах отечественных психологов: хрестоматия / Сост. Л.В. Куликов. СПб.: Питер Принт.- 2009. – С. 131-134.
2. Асмолов А.Г. Психология личности (принципы общепсихологического анализа) / А.Г. Асмолов.- М.: Смысл.- 2001. – 416 с.



3. Гинзбург М.Р. Личностное самоопределение как психологическая проблема / М.Р. Гинзбург // Вопросы психологии.- 1988. -№ 2. – С. 19-26.
4. Канищева М.А. Особенности образа будущего у студентов с разным уровнем субъективного контроля: Автореф. дисс. ...канд. психол. наук: Ростов-на-Дону: ЮФУ.- 2016. – 22 с.
5. Леонтьев Д.А. Психология смысла. Природа, строение и динамика смысловой реальности / Леонтьев Д.А.- М.: Смысл.- 2007. – 511 с.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М.: Прогресс.- 1990. – 234 с.

ЭТИКА И ОБРАЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА

Клюева Н.В.

ФБ ГОУ « Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», г. Ярославль, Россия

В работе обоснованы некоторые направления, описан опыт этической подготовки психологов-консультантов (на примере факультета психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова). Показана роль профессионального сообщества психологов-консультантов в развитии ценностей, стандартов и норм, регулирующих профессиональную деятельность.

Ключевые слова: психолог-консультант, проблемы этической подготовки, направления этической подготовки, профессиональное объединение.

ETHICA AND EDUCATION OF THE PSYCHOLOGIST CONSULTANT

N.V.Klyueva

The article indicated some areas and describes the experience of ethical training of psychologist-consultants on the example of the Faculty of Psychology Yaroslavl State Demidov University. The role of the Professional Association of psychologist consultants in the development of values, standards and norms regulating professional activity is shown.



Key words: psychologist-consultant, problems of ethical preparation, ethical training, professional association

Этические нормы и принципы профессиональной деятельности являются следствием конвенций, договоренностей профессионалов между собой. Практически каждое профессиональное сообщество психологов консультантов и психотерапевтов имеет Этический кодекс, в котором эти договоренности зафиксированы. Казалось бы, чего проще, студенты знакомятся с Этическим кодексом, обсуждают его с преподавателем, и о нормы и принципы регулируют в будущем профессиональную деятельность. В действительности рациональная аргументация и знание, которое не стало личностным, не регулируют поведение в сложных этических ситуациях и, тем более, в ситуациях этических дилемм.

Этика нарушает покой, - считает профессор философии Кэмбриджского университета Саймон Блэкберн (Блэкберн С., 2007). Этические вопросы не оставляют профессионалу возможности оставаться только в рамках предписаний или руководствоваться общеизвестной логикой, а в том числе апеллируют к личным ценностям и убеждениям.

Для того, чтобы этика стала регулятором профессионального поведения не достаточно ознакомиться с этическим кодексом на этапе вхождения психолога - консультанта в профессию. Важно создать в образовательном процессе (на этапе обучения в вузе, в постузовском образовании) условия для осмысления оснований принятия решений в этически сложных ситуациях, развивать способность к ценностно-рефлексивному осмыслению себя в консультировании, которая рассматривается нами как показатель степени зрелости психолога. Это способность честно и по существу взглянуть на собственную деятельность, чтобы понять реальный способ своего профессионального бытия и на основе этого осознания найти адекватные и эффективные пути собственного профессионального и личностного развития, выйти на уровень зрелого отношения к жизни.

В России исследований в сфере этики психологического консультирования проведено крайне мало. Среди исследователей, которые занимаются данной проблематикой, можно назвать Балашову Е.Ю., Гарбер И.Е., Семенову Н. С., Тищенко П.Д., Шаболтас А.В. В то же время, результаты опросов специалистов как в нашей стране, так и за рубежом говорят о том, что безусловно следовать правилам этики и деонтологическим моделям принятия решений для консультанта оказывается довольно трудно. Многие практикующие психологи могут с легкостью описать свою этическую ответственность, и в то же время, признаются, что в некоторых ситуациях они готовы действовать иначе, чем предписывают стандарты.



Среди причин, которые могут приводить к этическим нарушениям, называют трудность соблюдения установленных стандартов профессионального поведения, связанная с уникальностью каждого консультативного контакта и разнообразием ситуаций консультирования; возможное не совпадение ценностных ориентаций организаций, в которых практикуют консультанты (клиниках, центрах, школах, частных службах и пр.) с этическими требованиями к деятельности психолога консультанта, что может приводить к конфликту двойных ролей (Н. В. Ключева, Н. С. Головчанова, 2012).

В литературе приводится целый спектр факторов, которые влияют на решения психолога в этических сложной ситуации: не осознание присутствия этической составляющей в рассматриваемом случае, социальное и культурное влияние, привычки, эмоции, интуиция, идентичность, нравственность и характер, полимотивированность или противоречия мотивов, предшествующие решения, управленческие и организационные навыки, необходимые для реализации решений (А. Tjeltveit, M. Gottlieb, 2012). Авторы подчеркивают необходимость работы над нравственной зрелостью, укреплением собственной устойчивости (жизнестойкости) как профессиональным психологам, так и студентам, проходящим обучение по соответствующим программам.

Обозначим основные векторы этической подготовки психологов-консультантов, которые сформированы на факультете психологии ЯрГУ им. П.Г. Демидова сообществом психологов-консультантов на территории Ярославской области.

Этическая подготовка магистрантов, специализирующихся в психологическом консультировании. С момента открытия магистратуры (2012 г.) на факультете психологии в Ярославском государственном университете им. П.Г. Демидова в программы подготовки была введена дисциплина «Этика и профессиональное общение психолога-консультанта», разработаны методические материалы (в том числе, обобщены и проанализированы кейсы и этические дилеммы из практики работы опытных психологов-консультантов) и пособия.

Ключевыми темами обсуждения являются философско-антропологические представления будущих консультантов о человеке, вопросы ценностной детерминации профессиональной деятельности, проблема ответственности консультанта и принятия им решения в ситуациях этической дилеммы. Методы, которые используются в обучении: групповая дискуссия, анализ этически сложных ситуаций и этических дилемм, мастер-классы, которые проводят опытные психологи-консультанты, просмотр видеосюжетов и художественных фильмов с последующим анализом (например, «Эксперимент» (реж. О. Хиршбигель, 2000), «Эксперимент 2: Волна» (реж. Д.



Ганзель, 2008), «Умница Уилл Хантинг» (реж. Гас Ван Сент, 1997), «Мой лучший любовник» (реж. Б. Янгер, 2005). Эти картины затрагивают серьезные этические вопросы, возникающие в работе психолога-консультанта и психолога-исследователя, расширяют границы понимания возможных ситуаций, требующих нестандартного подхода психолога, помогают поместить обсуждаемые темы в контекст реальной жизни обучаемого.

Во время производственной практики магистранты участвуют в работе Центра корпоративного обучения и консультирования ЯрГУ им.П.Г. Демидова. Одна из задач магистрантов – провести анализ этических нарушений в Интернет пространстве, социальных сетях и СМИ. Магистранты участвуют в проектах, реализуемых Центром. Среди них: проект для пожилых людей, проживающих в Геронтологическом Центре «Жизнь продолжается», «Социально-психологическая адаптация воспитанников детских домов» и др., которые направлены, в том числе, на освоение будущими психологами консультантами способов реагирования на сложные этические ситуации. Именно участие в проектах позволяет студентам осмысливать себя в профессии, приходит понимание того, что психология не является наукой в традиционном понимании. Это прежде искусство уважения, понимания, помощи и поддержки; искусство договора и искусство быть собой.

Важное место в подготовке уделено исследовательской работе, направленной на осмысление психологических феноменов, связанных с этикой в консультировании. Анализ этических принципов деятельности психологов и психотерапевтов описан в исследованиях Гарбер И.Е.(2014), Gabbard G., Lester E., (2014), Семенова Н. С. (1997), К.Г. Сурнов, П.Д. Тищенко, Е.Ю. Балашова (2007). Про «границы» и их нарушения в терапевтическом процессе пишут В.К. Калинин (2011), У.Виртц (2014), Куликов А.И. (2006), Gabbard G., Lester E., (2014). Вопросы, связанные с моралью и этикой терапевтической деятельности представлены в работах Chasseguet-Smirgel, 1988; McDougall, 1988; Heigl-Evers und Heigl, 1989; Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1995; Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1996; Hutterer-Krisch, 1996. (Гарбер, И. Е ,2014).

Аспиранты и магистранты кафедры консультационной психологии проводят исследования по проблемам моральной надежности и этической зоркости консультанта, причин и последствий этических нарушений во взаимодействии консультанта и клиента, выявляют факторы, влияющие на принятие решения в ситуации этической дилеммы. В исследовании аспирантки Армашовой А.Б. определено понятие этической зоркости, выявлены три уровня ее сформированности у психологов-консультантов и показано, какие психологические особенности влияют на этическую зоркость. Показано, что на этапе профессиональной подготовки необходимо уделить особое внимание ценностному самоопределению будущего психолога-консультанта (осознанию,



какие ценностные приоритеты лежат в основе реакции на сложную этическую ситуацию); увеличению нравственной зоркости (способности обнаружить многослойность, неоднозначность и противоречивость в своих мыслях, чувствах и вариантах реагирования на ситуацию) и определению позиции, на которую опирается психолог в принятии решения (Клюева Н.В., Армашова А. Б., 2016). Подобные исследования позволяют расширить ресурс теоретической рефлексии этического поля консультирования практическими психологами.

Как показывает международный опыт, *образование в сфере этики, в том числе, ответственность Профессиональных Ассоциаций*, которые регулируют, контролируют, осуществляют поддержку, создают условия для развития специалистов и формирования сообщества. В 2012 году в Ярославской области была создана Региональная Ассоциация психологов-консультантов. Среди ее задач, в том числе:

- установление и поддержание высоких профессиональных стандартов качества в области консультационных и немедицинских психотерапевтических услуг;
- участие в совершенствовании систем подготовки и переподготовки психологов-консультантов в регионе;
- сертификация и оценка профессиональной компетентности психологов-консультантов и психотерапевтов, занимающихся психологическим консультированием;
- информирование населения о современных технологиях и возможностях психологов-консультантов и психотерапевтов о стандартах и этике их работы;

В Ассоциации активно работает Этический комитет, который работает по заявительному принципу. С другой стороны, на заседаниях Ассоциации инициируется обсуждения этически сложных ситуаций. Обсуждение ведется в формате балинтовской группы или супервизии. Причем супервизия осуществляется в контексте экзистенциального подхода, при котором подчеркивается партнерство в отношениях супервизора и консультанта, их со-творчество, фокусированность на процессах в самой супервизии. Исходя из такого понимания супервизии, основные усилия супервизора направлены не на объяснение клиента, не на возможные способы его изменения, а на понимание того, что происходит в «терапевтическом мире» (термин E. Spinelli) между терапевтом и клиентом, а также в «супервизорском мире» между супервизором и супервизируемым (Кочюнас Р., 2017). Главной фигурой в супервизии становится сам супервизируемый - со своими ценностями, этическими представлениями, гипотезами, чувствами, иллюзиями, страхами, пониманием терапевтического процесса – и характер его отношений с клиентом, их динамика. Существенно углубляет представления об этическом



измерении профессиональной деятельности Киноклуб, который открыт с 2016 года на площадке Ассоциации.

Таким образом, ярославское сообщество психологов-консультантов, которое объединяет преподавателей, практикующих консультантов, студентов, обучающихся консультированию в вузе, в качестве приоритетных задач ставит перед собой образовательную, просветительскую, экспертную, аналитическую работу, направленную на осознанное, деятельностное использование этических регуляторов в профессии.

Литература

1. Блэкберн С. Этика: краткое введение / С. Блэкберн. – пер. с англ. Ю.В. Крижевской – М.: Астрель: АСТ.- 2007. – 189 с.
2. Гарбер И. Е. Этика психотерапии и психологического консультирования в России: постановка проблемы / И.Е. Гарбер // Теория и практика психотерапии.- 2014.-№ 1(1).-С.14-25
3. Ключева Н.В. Основные проблемы этической составляющей профессиональной деятельности психолога-консультанта в современной России/ Н.В. Ключева, А.Б. Армашова // Педагогический имидж.- 2016.- № 4 (33). - С. 115-123.
4. Ключева Н. В. Этика и профессиональное общениепсихолога-консультанта: метод. указания // Н. В. Ключева, Н. С. Головчанова; Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. – Ярославль: ЯрГУ.- 2012. – 52с.
5. Кочюнас Р. Процесс супервизии: экзистенциальный взгляд. <http://hpsy.ru/public/x2271.htm> [Дата обращения 1.04.2017]
6. Tjeltveit A. Avoiding ethical missteps / A. Tjeltveit, M. Gottlieb // Monitor on Psychology. – 2012. – Vol. 43, № 4. – P. 6812

СКЛОННОСТЬ К САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК С РАЗНЫМИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫМИ ОРИЕНТАЦИЯМИ

Кожевникова Е.В.¹, Разуваева Т.Н.²

¹ФГБОУ ВО «ВГУИТ», ФГБОУ ВО Воронежский государственный университет инженерных технологий, г. Воронеж, Россия

²НИУ Белгородский государственный университет, г.Белгород, Россия



В статье приводится исследование наличия связи между склонностью к самоповреждающему поведению и различными смысложизненными ориентациями студентов-первокурсников. Полученные данные свидетельствуют о различной направленности связи у девушек и юношей, обучающихся в вузе.

Ключевые слова: смысложизненные ориентации, смысложизненные ориентации студентов, ценности, самоповреждающее поведение, склонность к девиантному поведению, склонность к отклоняющемуся поведению.

THE TENDENCY TO THE CAMPBRIDGE BEHAVIOR IN CONNECTION WITH LIFE-MEANINGFUL ORIENTATIONS OF THE BOYS AND GIRLS

Kozhevnikova E.V, Razuvaeva T. N.

The article presents a study of a link between the tendency to campbridge behavior and different life-meaningful orientations of students. The data indicate the different orientations of the girls and boys who study at the university.

Keywords: life orientation, life-meaningful orientation of students, values, campbridge behavior, tendency to deviant behavior.

В рамках психологии здоровья и болезни мы хотим затронуть тему психологического и физического здоровья как производного от многих факторов. Ключевым для здоровья является стиль жизни, который, в свою очередь, зависит от предпочтений и склонностей, от мотивации и привычек, от жизненных целей и ценностей.

Современный стиль «возьми от жизни всё!», связанный с гедонистической направленностью личности, кажется, провоцирует в некотором роде «захватническую» манеру отношения к миру и другим людям. Человек стремится не наполнить собственное существование Смыслом, великой и благой целью, а достичь определенного уровня дохода и популярности, при котором он сможет осуществить свои мечты. В большинстве случаев эти мечты – четко очерченный список материальных благ, объектов недвижимости и предметов роскоши, возможностей ухода за собой и заботы о себе. Не будем пускаться в рассуждения о роли СМИ в популяризации такого стиля жизни.

Одним отказом от вредных привычек невозможно добиться изменения на физиологическом психологическом уровне, такие улучшения будут



производиться при наличии совокупности выполняемых правил. Важно отметить в контексте избранной темы следующие: избавление от тревожности, от страхов и фобий, оптимистичный взгляд на жизнь, нормальная самооценка и любовь к себе. Такие простые и банальные рекомендации оказываются, невероятно, сложны для достижения в случае отсутствия самого первого стремления – к жизни, в ситуации, когда существование не представляет ценности как таковой. Мы хотим более подробно рассмотреть проблему склонности к самоповреждающему поведению в связи со смысложизненными ориентациями на материале, собранном при обследовании молодых людей.

В некоторых работах, посвященных исследованиям ценностных или смысложизненных ориентаций, делается акцент на связи таковых с условиями экзистенциального вакуума, проявляющегося в потере смысла собственного существования [1]. С точки зрения здравого смысла, при невозможности достижения главной цели своей жизни человеку не за чем больше жить, и очевидным выводом становится суицид. Добавим снижение ценности человеческой жизни в результате трансляции новостей с кадрами военных действий в разных частях мира, а также большого числа фильмов – боевиков, триллеров, фильмов ужасов – с натуралистичными эпизодами, когда текут «реки крови», или нереалистичными, когда можно, например, выпасть из самолета и остаться в живых. Указанный процесс разворачивается на фоне уменьшения доли истинно религиозных людей, исчезновения класса коммунистов (с точки зрения философии, коммунизм можно признать псевдорелигией, что объясняет наличие определенных заповедей, образцов поведения и т.д.), а также в отсутствии государственной идеи, позволяющей каждому гражданину жить ради какого-то большого и важного дела. На наш взгляд, медленно, но ситуация меняется. В данный момент на уровне Министерства образования обсуждается вопрос о введении обязательной дисциплины «духовно-нравственная культура», которая призвана помочь каждому обучающемуся интериоризировать социально приемлемые паттерны поведения и упоминаемые идеи-цели жизни.

В различных источниках, рассматривающих проблемы экзистенциализма, раскрываются причины кризиса смысла в современном обществе: утрата возможности быть полезным (утилитаризм), потеря ориентиров и трансцендентальности, а также специфические для настоящего момента феномены. Для разъяснения этих феноменов приведем факторы риска, рассматриваемые С.В. Кривцовой в качестве предпосылок обострения проблем смысла жизни в XXI веке: отчуждение от собственного тела, «использующее» отношение к другим людям и самому себе при нарциссических тенденциях и комфортабельном существовании, установка на жизнь как легкий путь без продолжительного сильного «хотения» чего-либо [6]. Возникновение понятия



«копинговые стратегии» в современной экзистенциально-аналитической литературе свидетельствует о наличии неких реакций, позволяющих найти выход из трудной ситуации: уход, активизм, агрессия и рефлекс мнимой смерти [7]. Первые две реакции были предложены еще В. Франклом, однако не потеряли своей актуальности. Безусловно, любая из четырех названных форм противодействия экзистенциальному вакууму позволяет говорить о внутренней неустроенности, об отсутствии психологического здоровья. Так рассмотрение происходящего с человеком как черновика жизни, как игры, поиски удовольствий и власти, фиксация на определенной мечте, агрессия ради забавы, а также нахождение в состоянии одурманивания, апатии, - всё это отрицательные веяния века потребления, которые – с сожалением констатируем – в той или иной степени присущи практически каждому современному студенту.

Практика консультационной работы психологической службы Белгородского государственного национального исследовательского университета (далее – НИУ «БелГУ») и службы практической психологии Воронежского государственного университета инженерных технологий (далее – ВГУИТ) способна предоставить материал для демонстрации сделанного вывода.

В данной работе мы хотим рассмотреть склонность к саморазрушающему поведению (как одному из видов отклоняющегося) в связи с особенностями переживания осмысленности жизни, со смысложизненными ориентациями юношей и девушек. Мотив выбора предметом рассмотрения именно этой склонности объясняется большой актуальностью темы профилактики суицидального поведения. В частности, одним из поручений президента, официально опубликованных на сайте Кремля, было указание «принять решения, направленные на совершенствование системы профилактики подросткового суицида» [4]. По федеральному закону ужесточается уголовная ответственность за доведение до самоубийства или за попытки склонить к суициду путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства [5].

Обратившись к теоретическому анализу литературы по такому виду отклоняющегося поведения, как саморазрушающее, мы столкнемся с близкими терминами: «аутоагрессия», «суицидальное поведение», «самоповреждение» и др. Однако при близком рассмотрении необходимо согласиться с авторами различных концепций, что в корне явлений, обозначаемых этими понятиями лежат неспособность полноценно противостоять превратностям судьбы, и ответственно строить свою жизнь, грамотно отвечать на «вызовы», переносить фрустрацию. Мы предполагаем, что «силы» на это могут быть только у того, кто готов наполнять своё существование смыслом и способен придавать



каждому событию жизни значение, расставлять приоритеты. В ситуации экзистенциального вакуума формирование смысложизненных ориентаций затруднено, но одновременно становится тем способом, который может позволить выйти из ситуации потери смысла жизни.

Мы проверили гипотезу о наличии связи между склонностью юношей и девушек к самоповреждающему поведению и их смысложизненными ориентациями. В рамках данной статьи проведём частичный обзор данных, полученных в исследовании первокурсников НИУ «БелГУ» и ВГУИТ, проведенном с помощью методик «Склонность к отклоняющемуся поведению» (далее – СОП, автор – А.Н. Орел [2]) и «Смысложизненные ориентации» (далее – СЖО, автор – Д.А. Леонтьев [3]). Обратим внимание на результаты (см. табл. 1, 2), приведенные по шкалам «СЖО» и одной из шкал «СОП» (шкала «Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению»).

Таблица 1.

Описательные статистики по методике «СЖО» и шкале 4 методики «СОП» (девушки, 215 человек).

Шкала	Среднее	Среднекв. отклонение
Шк 1 СЖО (Цель)	30,9953	6,18220
Шк 2 СЖО (Процесс)	30,8372	5,49311
Шк 3 СЖО (Результат)	26,1256	4,64517
Шк 4 СЖО (Локус контроля – Я)	21,1116	3,81789
Шк 5 СЖО (Локус контроля – Жизнь)	31,5860	5,38089
ОЖ СЖО (Осмысленность жизни)	103,6140	15,36517
шкала 4 СОП	49,0214	15,78593

Таблица 2.

Описательные статистики по методике «СЖО» и шкале 4 методики «СОП» (юноши, 129 человек).

Шкала	Среднее	Среднекв.отклонение
Шк 1 СЖО (Цель)	30,9147	6,64153
Шк 2 СЖО (Процесс)	29,6899	6,90199
Шк 3 СЖО (Результат)	25,5194	5,32110
Шк 4 СЖО (Локус контроля – Я)	21,0078	4,76231
Шк 5 СЖО (Локус контроля – Жизнь)	31,0233	6,45231
ОЖ СЖО (Осмысленность жизни)	101,1628	19,49030
шкала 4 СОП	55,2946	12,51102

Было произведено разделение по уровням выраженности каждого признака с использованием данных стандартизации методик. По результатам разделения были получены следующие данные (см. табл.3 и 4).

**Таблица 3.**

Уровни выраженности смысловых ориентаций и склонности к саморазрушающему поведению у девушек.

Уровень	1 СЖО (чел, %)		Уровень	2 СЖО (чел, %)		Уровень	3 СЖО (чел, %)	
низкий	23	10,70	низкий	14	6,51	низкий	14	6,51
средний	136	63,26	средний	146	67,91	средний	129	60,00
высокий	56	26,05	высокий	55	25,58	высокий	72	33,49

Уровень	4 СЖО (чел, %)		Уровень	5 СЖО (чел, %)		Уровень	ОЖ (чел, %)		Уровень	4 СОП (чел, %)	
низкий	10	4,65	низкий	8	3,72	низкий	12	5,58	низкий	115	53,49
средний	127	59,07	средний	141	65,58	средний	138	64,19	средний	80	37,21
высокий	78	36,28	высокий	66	30,70	высокий	65	30,23	высокий	20	9,30

Таблица 4.

Уровни выраженности смысловых ориентаций и склонности к саморазрушающему поведению у юношей.

Уровень	1 СЖО (чел, %)		Уровень	2 СЖО (чел, %)		Уровень	3 СЖО (чел, %)	
низкий	23	20,9	низкий	14	30,2	низкий	14	21,7
средний	136	66,7	средний	146	49,6	средний	129	51,9
высокий	56	12,4	высокий	55	20,2	высокий	72	26,4

Уровень	4 СЖО (чел, %)		Уровень	5 СЖО (чел, %)		Уровень	ОЖ (чел, %)		Уровень	4 СОП (чел, %)	
низкий	10	23,3	низкий	8	14,7	низкий	12	26,4	низкий	115	37,2
средний	127	50,4	средний	141	58,9	средний	138	54,3	средний	80	45,7
высокий	78	26,4	высокий	66	26,4	высокий	65	19,4	высокий	20	17,1



						й					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

В ходе математической обработки использованы различные статистические критерии. Сравнение данных процентных долей с помощью критерия Фишера χ^2 показало следующие результаты: значимо больше юношей имеют средний уровень выраженности по шести шкалам СЖО, чем нижний и высокий, что, к сожалению, не может быть косвенным подтверждением нормальности распределения ($0,001 < p < 0,025$ по разным шкалам). Обнаружено, что девушек с низким уровнем выраженности показателей по всем шкалам СЖО значимо меньше по сравнению с количеством девушек с высоким и средним уровнем. Сделаем предположение, что на графике распределение было бы отобразено немного сдвинутым вправо, т.е. им более свойственны высокие и средние значения.

Мы осуществили сравнение средних тенденций по заявленным параметрам. Использование критерия Краскала – Уоллеса позволило сделать заключение об «одинаковости» распределений для различных уровней по шкалам. В частности, была определена схожесть распределений признака «склонность к самоповреждающему поведению», сформированных по результатам разделения на высокий, средний и низкий уровни по шкале «Локус контроля – жизнь» у юношей ($p = 0,01$).

Сравнение средних тенденций с разбивкой на факультеты предоставило следующие данные. Критерий Краскала – Уоллеса и медианный критерий не показали каких-либо статистически значимых отличий в средних тенденциях у юношей разных факультетов. В то же время медианный критерий продемонстрировал статистически значимые ($p = 0,013$) различия между средними рангами по шкале самоповреждающего поведения для девушек механического и технологического факультетов (84,39 и 47,15, соответственно), а критерий Краскала – Уоллеса подтвердил ($p = 0,002$).

Критерий Манна – Уитни выявил различия: у девушек, обучающихся на факультете прикладных машин и автоматов, значимо выше уровень склонности к самоповреждающему поведению, чем у девушек, обучающихся на технологическом факультете, факультетах управления и информатики в технологических системах, экологии и химической технологии, экономики и управления ($p = 0,01$).

У юношей с помощью критерия Манна – Уитни выявлен более высокий уровень склонности к самоповреждающему поведению у студентов факультета экономики и управления по сравнению с обучающимися технологического факультета: 28,55 и 18,88 – средние ранги, соответственно. Более высокий уровень баллов по шкале СЖО-1 (Цель в жизни) у юношей – студентов



факультета экономики и управления по сравнению с юношами факультета экологии и химической технологии ($p = 0,05$).

Нами были проверено наличие корреляционной связи между данными по шкалам, описывающим выраженность склонности к самоповреждающему поведению, и данными, характеризующими уровень смысложизненных ориентаций юношей и девушек, обучающихся на первом курсе ВГУИТ. Перейдем к описанию полученных результатов.

Отметим обнаруженную внутреннюю корреляцию между всеми шкалами методики СЖО у юношей и девушек (по критериям Тау-в Кендалла и Ро Спирмена вычислены коэффициенты корреляции в диапазоне от 0,369 до 0,656 (девушки) и до 0,860 (юноши) по разным шкалам, сильнее – с общим показателем осмысленности жизни – ОЖ, уровень значимости для всех – 0,01). Логичность полученных данных вытекает из описания шкал: общий показатель осмысленности жизни складывается из результатов, полученных испытуемыми по остальным пяти шкалам, соответственно, чем выше баллы по каждой шкале, тем больше их сумма. Однако есть и другой важный теоретический вывод: чем больше исследуемый осознает один из компонентов своей жизни (в данном случае не важно, какой именно - цель жизни, ее процесс или результат), тем выше общая осмысленность, больше вероятность рефлексивного подхода к событиям собственной судьбы, сильнее вера в свои силы изменить жизнь.

В отношении девушек были получены следующие данные: обнаружена значимая на 5% уровне отрицательная корреляционная связь только между склонностью к самоповреждающему поведению и шкалой «ОЖ»: 0,124 (по критерию Кендалла) и 0,173 (по критерию Спирмена). Это означает, что у первокурсниц более низкий уровень общей тенденции к саморазрушающему поведению, соматизации тревоги и склонности к реализации в собственном поведении комплекса вины соответствует более высокому уровню общей осмысленности жизни, и наоборот. Уточним, что женский пол с точки зрения биологических характеристик популяции является более консервативным, т.е. в их поведении и генотипе закрепляются наиболее ценные признаки.

В рамках корреляционного анализа смысложизненных ориентаций юношей была обнаружена значимая (уровень значимости – 0,05) связь между результатами по шкале 4 «СОП» и шкалами «Процесс», «Лocus контроля – Я», «Общая осмысленность жизни» (коэффициент находится в диапазоне от 0,103 до 0,133 по критерию Кендалла и от 0,147 до 0,191 по критерию Спирмена). Поясним, что для большого количества испытуемых этих, небольших на первый взгляд, цифр достаточно. В результате мы делаем несколько удивительный вывод о наличии положительной связи между уровнем субъективного чувства «наполненности» жизни (Шкала 2 «Процесс»), ощущения себя хозяином собственной судьбы (Шкала 4 «Лocus контроля – Я»),



между наличием цели, миссии своей жизни («Осмысленность жизни»), с одной стороны, и склонностью к саморазрушающему поведению (Шкала 4 СОП) – с другой. То есть у юношей наблюдается противоречащая женской тенденция: склонность к рискованному поведению и выраженная потребность в острых ощущениях, описывающие высокие баллы по шкале 4 «СОП», более характерны для тех, кто получил высокие оценки по трем названным шкалам СЖО. Считаем, что в силу некоторых политических и социально-психологических причин (в том числе приведенных в начале статьи философских аргументов) у юношей-первокурсников сформирована искаженная или неразвитая система духовных ориентиров. На наш взгляд, для молодых людей тенденция к самоповреждающему, саморазрушающему поведению есть результат гедонистической позиции («Хочу попробовать все!») и юношеского максимализма, проявляющегося у первокурсников в форме неверия в возможность умереть или серьезно покалечиться в результате собственных неразумных действий.

Таким образом, для студентов, только поступивших в вуз, становится важной помощью в обретении смысла жизни и психологическое сопровождение. Во ВГУИТ этот вопрос решается за счет проведения элективного курса «Эстетика и культура», позволяющего расставить приоритеты в жизни (встречи с ветеранами и краеведами, просветительские концерты, работа по патриотическому и гражданско-нравственному направлениям) и уберечь от безответственного поведения (беседы наркологов, специалистов Центра профилактики ВИЧ и СПИД и т.п.). Помощником в полноценной адаптации и сохранении психологического здоровья выступает и служба практической психологии, действующая в вузе.

Литература

1. Особенности смысложизненных ориентаций молодых людей, переживающих экзистенциальный вакуум: выпускная квалификационная работа. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.agan.ru/rek/?disId=4&subId=60&workId=55482>.
2. Кривцова С.В. Проблемы современной школы с позиций экзистенциального анализа / С.В. Кривцова // Вопросы психологии. – 2012. – № 1. – С. 13 – 24.
3. Лэнгле А. Что движет человеком: Экзистенциально-аналитическая теория эмоций / А. Лэнгле – М.: Генезис.- 2017. – 235 с.
4. Перечень поручений по итогам заседания Координационного совета по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей. –



[Электронный ресурс] – Режим доступа:
<http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/53899>.

5. Федеральный закон от 07.06.2017 № 120-ФЗ "О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению" Дата опубликования: 07.06.2017.

6. Орел А.Н. Определение склонности к отклоняющемуся поведению / А.Н. Орел // Социальная психология девиантного поведения / Под ред. Ю.А. Клейберга. – М.- 2004. – С. 362-370.

7. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – М.- 2000. – 18 с.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАНИИ АГРЕССИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ

Козинцева П.А.¹, Новрузова В.Н.²

¹Российский новый университет, Москва, Россия

²ГБОУ г. Москвы «Школа №939», Москва, Россия

В статье представлен комплексный подход в исследовании агрессивности подростков, при котором используются не только опросники, но и проективные методики, изучается как внешнее поведение, так и интрасубъективные защитные механизмы.

Ключевые слова: агрессивность, защитные механизмы личности, подростки, опросники, проективные методики

AN INTEGRATED APPROACH TO THE STUDY OF AGGRESSIVE TEENS

Kozintseva, P. A., Novruzova, V. N.

An integrated approach in a research of aggression of teenagers at which not only questionnaires, but also projective techniques are used is presented in article, both the external behavior, and intrasubjective defense mechanisms mechanisms is studied.

Keywords: aggression, defense mechanisms of the personality, teenagers, questionnaires, projective techniques



Проблема метода исследования занимает важное место в истории психологии [1;2]. Опыт исследования нами более ранних периодов онтогенеза [3-9] показал целесообразность комплексного подхода к исследованию особенностей поведения и развития детей. Поэтому для изучения агрессивности подростков было решено использовать не только опросники, но и проективные методики, изучать как их внешнее поведение, так и интрасубъективные защитные механизмы. Подростковый возраст является важным этапом развития психически здоровой личности [10;11], когда личность все более активно познает и взаимодействует с социальным окружением [12;13]. Для исследования особенностей проявления агрессивности подростков использовались такие методики, как: методика Г. Келлермана и Р. Плутчика – «Индекс жизненного стиля (LSI)», опросник агрессивности А. Басса и А. Дарки, методика «Шкала реактивной и проактивной агрессии» Э. Роланда и Т. Идсье, «Рисунок человека» К. Маховера и Ф. Гудинафа [14, с. 32], «Рисунок человека под дождем» Е. Романовой и Т. Сытько [15] «Кактус» М. А. Панфиловой [16, с. 158]. В результате были получены следующие результаты.

Обработка данных результатов применения методики А. Басса и А. Дарки, позволила сделать вывод, что уровни агрессивности и враждебности у подростков находятся в норме. Высокими и преобладающими шкалами оказались: вербальная агрессия и подозрительность. Наименьшее число респондентов имеют высокие показатели по раздражению и агрессивности в целом. Остальные критерии в рамках данной методики находятся на среднем уровне. Более наглядно результаты исследования отражены на рисунке 1.

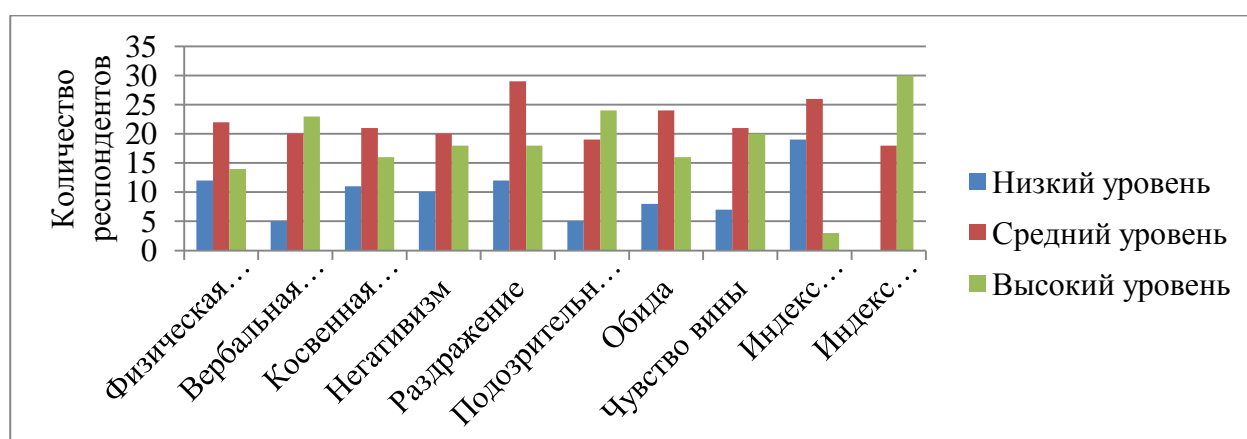


Рис 1. Диаграмма уровней выраженности отдельных видов агрессии у подростков, индексы их агрессивности и враждебности



При обработке результатов методики «Шкала реактивной и проактивной агрессии» были определены уровни реактивной, проактивной агрессии и проактивной агрессии с аффилиацией, а также сделаны выводы о том, что у большинства подростков агрессия мотивирована объективными факторами, такими как фрустрация и т.д., но не направлена на получение власти таким девиантным путем, как агрессия. Более наглядно результаты исследования отражены на рисунке 2.

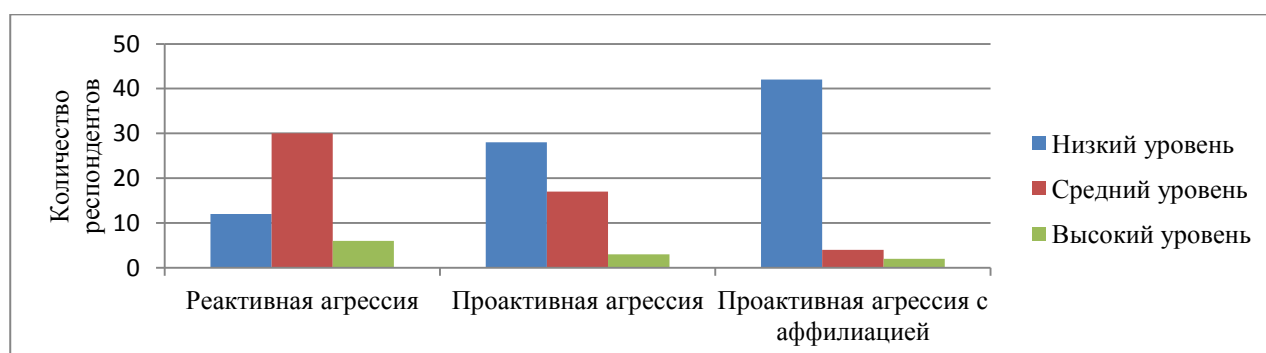


Рис 2. Выраженность реактивной и проактивной агрессии у подростков

Для изучения возможного влияния на агрессивность подростков защитных механизмов личности, была проанализированы данные, полученные с помощью методика Г. Келлермана и Р. Плутчика – «Индекс жизненного стиля (LSI)». Проанализировав результаты таблицы, можно сделать вывод, что для данной выборки характерны завышенные результаты по шкалам: отрицание, подавление, регрессия, проекция и замещение. Большое количество испытуемых имеет средний уровень компенсации. Одинаковая выраженность среднего и высокого уровня по показателям интеллектуализации и реактивного образования. Более наглядно результаты исследования отражены на рисунке 3.

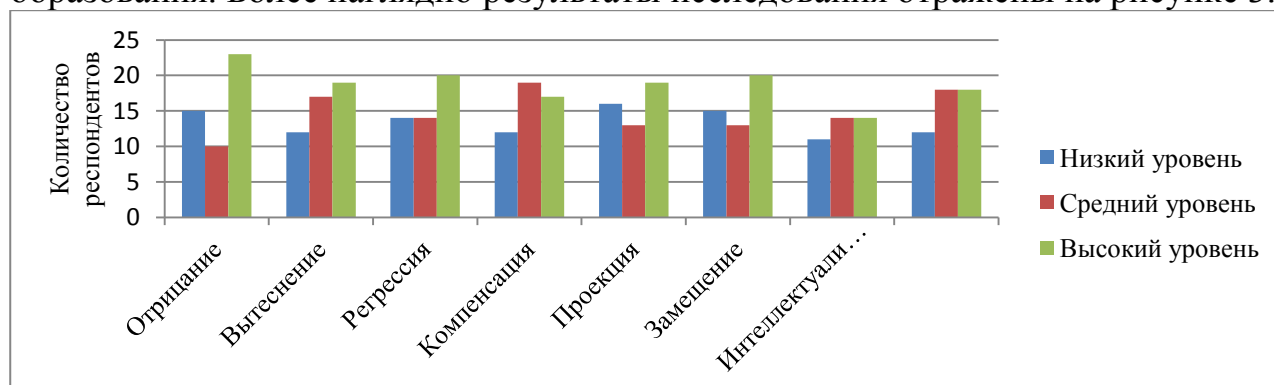


Рис. 3. Уровни выраженности отдельных защитных механизмов личности у подростков



Результаты анализа показателей критериев проективной методики «Рисунок человека» и «Рисунок человека под дождем» показали, что расположение фигуры в пространстве делит лист на 3 части: левая вертикаль поверхности соответствует нахождению персонажа в прошлом 18,75%. Правая вертикаль листа означает, что подросток ассоциирует себя с будущим 4,17%. Если же рисунок занимает среднюю часть листа (т.е. находится в середине), то данный респондент ясно воспринимает актуальное и живет в соответствии с ним (большинство подростков 77,08%). Критерий позы фигуры в пространстве на рисунке человека под дождем, дает нам информацию о том, как человек относится к неприятным ситуациям. Наибольшее число респондентов изобразило человека «анфас» 81,25%, что соответствует открытости восприятию обстановки. 12,5% подростков нарисовало фигуру человека в профиль, а у 6,25% участников исследования определить позу не возможно, из-за отсутствия опознавательных, для этого признаков. Ни один подросток не изобразил персонажа спиной, что говорит об отсутствии среди респондентов стратегии избегания неприятностей.

Результаты статистического анализа, по критерию «средства защиты от дождя» определяет количество атрибутов изображенных подростков на рисунке человека под дождем, чем их больше, тем комфортнее ребенок чувствует себя в стрессовой ситуации. Самым популярным способом защититься от дождя является зонт, только им воспользовались 35,41% респондентов. Большинство подростков 58,33% не изобразили ни одного атрибута для собственной защиты. И только 6,25% участников исследования имеют высокий уровень адаптации к трудным жизненным ситуациям за счет изображения нескольких атрибутов.

Анализ изображения дождя, как отражение восприятия подростками угрозы, показал, что 52,08% респондентов изобразили сильный, частый дождь, что соответствует высокой чувствительности к происходящему или преувеличению возможного вреда от происходящей стрессовой ситуации. Для 29,17% подростков дождь характеризуется временной сложностью в жизни, поэтому его изображение создает впечатление слабого дождя. Так же в рисунках наблюдалась тенденция изображать дождь так, что он не попадает на персонажа рисунка или же символическое изображение стрессовой ситуации совсем не демонстрировалось подростком, то есть на рисунке вообще не было дождя. Возможно данный феномен на прямую связан с механизмом психической защиты отрицание.

Результаты анализа показателей проективной методики «Рисунок кактуса» по критерию размера иголок, как вероятного проявления агрессии при минимальном импульсе, показали, что такой моделью поведения характеризуются 21,17% подростков принявших участие в нашем исследовании. Большинство других (70,83% подростков) при изображении



кактуса нарисовали относительно небольшие иголки, из чего следует вывод, о низком уровне раздражения и низким уровнем вероятности выплеска агрессии на другого человека или предмет. Количество иголок кактуса, отражает интенсивность агрессии, которой обладает подросток. Небольшое количество иголок изобразили 14,58% подростков, среднее количество - 50% участников исследования и 35,42% большое количество (высокий уровень агрессии).

Расположение иголок помогает определить направление агрессии и locus контроля участников исследования. Один балл соответствует изображению иголок наружу (20,83%), то есть агрессия направлена, в основном, только на окружающих людей и говорит нам о внешнем локусе контроля. Обратная модель поведения была оценена нами в 2 балла и изображается в виде иголок, не выходящих за пределы контура кактуса. Характеризовать данное явление можно как преобладание аутоагрессии и внутреннего локуса контроля (16,67%). Совместное изображение иголок, как в пределах контура кактуса, так и выходящих за его пределы говорит о равновесном и ситуативном проявлении агрессии или на внешний мир или на самого себя. Подобная модель поведения присуща большинству испытуемых – 62,5%.

Проведенные исследования позволили нам сделать вывод о том, что сам по себе подростковый возраст не может ассоциироваться с агрессивным поведением, а большинство испытуемых имеют средний уровень проявления агрессии и высокий уровень проявления психологических защит.

Литература

1. Абдурахманов Р.А. История психологии. Модуль 3. Становление и развитие психологии как самостоятельной науки / Р.А. Абдурахманов.- М: РОСНОУ.- 2004. – 147 с.
2. Абдурахманов Р.А. Социальная психология. Модуль 1. Социальная психология как наука и история ее развития / Р.А. Абдурахманов.- М: РОСНОУ.- 2007- 68 с.
3. Козинцева П.А. Особенности и психосоциальные факторы познавательного развития младших дошкольников. Автореф.... дис. канд. психол. наук. М.- 2011.-26с.
4. Козинцева П.А. Особенности и психосоциальные факторы познавательного развития младших дошкольников. Дис. канд. психол. наук. М., 2011.-260с.
5. Козинцева П.А. Познавательное развитие дошкольников в зависимости от особенностей и содержания образовательной среды ДОУ / П.А. Козинцева // МПСИ: Актуальные проблемы психологического знания.- №2(11).- 2009. - С. 28-39.



6. Козинцева П.А. Психоэмоциональное состояние дошкольников из детских садов различного типа в зависимости от обучающих программ и этнической принадлежности / П.А. Козинцева // Вестник ТвГУ. Серия «Педагогика и психология».- 2011.- вып.3. - С.178-184.
7. Козинцева П.А. Развитие психических функций детей дошкольного возраста российских семей и семей иностранцев (на примере программы М. Монтессори) / П.А. Козинцева //МПСИ: Актуальные проблемы психологического знания.- №3 (8).- 2008. - С. 42-54.
8. Козинцева П.А. Развитие речи дошкольников и коррекционный потенциал экологического воспитания / П.А. Козинцева //МПСИ: Актуальные проблемы психологического знания.- №1 (1).- 2008.- С.80-99.
9. Козинцева П.А. Психосоциальный контекст и факторы познавательного развития младших дошкольников /П.А. Козинцева //МПСИ: Актуальные проблемы психологического знания. - 2016.- № 1.- С. 84-98.
10. Авдулова Т.П. Психология подросткового возраста / Т.П. Авдулова. – М.: Академия.- 2012.-240 с.
11. Казанская В.Г. Психологические особенности кризисов подростка. Учебное пособие / В.Г. Казанская.- М.: Инфра-М.- 2014. – 200 с.
12. Абдурахманов Р.А. Социальная психология / Р.А. Абдурахманов //Модуль 2. Основные направления социальной психологии. Социальная психология личности. - М.: РосНОУ.- 2007. - 118 с.
13. Абдурахманов Р.А. Социально-психологическое познание: идеи, концепции, направления / Р.А. Абдурахманов.- Saarbrucken.- 2017. – 386 с.
14. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков И.М.Никольская. – М.: Речь, 2016. – 55с.
15. Зинкевич-Евстигнеева Т., Кудзилов Д. Рисунок в психодиагностике // URL: <http://psy.1september.ru/article.php?ID=200304309> (дата обращения: 15.12. 2017).
16. Коробочкина Н.С. Использование проективных методик для диагностики и коррекции девиантного поведения подростков / Н.С.Коробочкина // Материалы XI Международной научно-практической конференции. Центр научной мысли.- М.: Перо.- 2014.- С. 156-159.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВО ВРЕМЯ ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Шелухина А.Н.,
Дорофеева С.Г., Петрова Л.И.**

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет, г.
Курск, Россия**

В статье представлен анализ психологических изменений у больных с ХОБЛ и бронхиальной астмой во время обострения заболевания. Течение психологического статуса проводилось с помощью анкетирования больных, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении НУЗ ОБ ст. Курск «ОАО РЖД». Выявлено, что физический статус больных непосредственно связан с их психо-эмоциональным состоянием. Прослеживается прямая зависимость, демонстрирующая отрицательное влияние негативных эмоций, возникших вследствие заболевания, на физиологию пациентов.

Ключевые слова: эмоции, психологические изменения, волнение.

PSYCHOLOGICAL CHANGES IN PATIENTS WITH COPD AND BRONCHIAL ASTHMA DURING EXACERBATION OF THE DISEASE

**Konoplya E. N., V. O. Mansimova, Shelukhina, A. N.,
Dorofeev, S. G., Petrova L. I.**

The article presents the analysis of psychological changes in patients with COPD and bronchial asthma during exacerbation of the disease. For psychological status was carried out using questionnaires of patients treated in the pulmonology department " Railways hospital". It is revealed that the physical status of patients is directly linked to their emotional well-being. There is a direct dependence showing the negative impact of negative emotions caused by diseases, the physiology of patients.

Key words: emotions, psychological changes, excitement.

Актуальность. Проблемы психических расстройств у больных с соматической патологией, в том числе и заболеваниями органов дыхания, с каждым годом возрастает. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о высокой частоте (50-60%) и значительной выраженности психических расстройств у соматических больных.



Цель исследования: в клиничко-статистическом исследовании выявить особенности психо-физиологического состояния у больных ХОБЛ и бронхиальной астмой во время обострения заболевания.

Материалы и методы: проведено анкетирование 70 больных, находившихся на стационарном лечении в 2015 году в пульмонологическом отделении НУЗ ОБ на ст. Курск ОАО «РЖД» и БМУ «КОКБ» г. Курска. Из них было 29 мужчин (41,4%) и 41 женщина (58,6%). Возраст больных находился в диапазоне от 23 до 71 года. Средний возраст женщин составил 54,1 лет ($m=2,7$), мужчин 56,3 лет ($m=4,8$).

Результаты исследования: особенности психо-соматических реакций больных приведены в таблице 1. Были оценены показатели: волнение, тревожность, резкая смена настроения, физиологические показатели (ЧСС, ЧДД).

Таблица 1

Особенности психо-соматических реакций больных ХОБЛ и БА.

Особенности	Мужчины		Женщины		Всего	
	Р, %	m	Р, %	m	Р, %	m
Одышка	88,9	3,14	86,4	3,43	87,1	3,24
Увеличение ЧСС	66,7	4,71	77,3	4,2	74,3	5,8
Увеличение ЧДД	66,7	4,71	72,7	4,45	72,8	6,1
Волнение и тревожность	44,4	4,9	59,0	4,9	57,1	8,2
Снижение физической активности	55,5	4,9	77,3	4,2	71,4	6,7
Резкая смена настроения	17,2	3,77	48,6	5,0	35,7	6,4
Ухудшение состояния после легкой физической нагрузки	54,4	5,0	82,7	3,9	71,4	6,7
Ухудшение здоровья за последний год	20,0	4,05	29,2	4,55	25,7	9,3

Заключение. Показано, что физический статус больных непосредственно связан с их психо-эмоциональным состоянием. Прослеживается прямая зависимость, демонстрирующая отрицательное влияние негативных эмоций, возникших вследствие заболевания, на физиологию пациентов. Доказательством этому является усиление одышки, ЧСС, ЧДД и ухудшение самочувствия на фоне повышенного волнения и тревожности. У женщин также в это вносит весомый вклад резкая смена настроения.

Литература



1. Альмитова Р.А. Прогнозирование болезни легких по медико-социальным факторам риска / Р.А. Альмитова // Проблемы управления здравоохранением. – 2014.- № 1.- С. 29 – 33.
2. Васильева А.М. ХОБЛ – проблема и лечение / Васильева А.М. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.- Москва.- 2013.- № 4.- С.37 - 40.
3. Дорофеева С.Г. Психологическое состояние больных с ХОБЛ и БА / С.Г.Дорофеева, А.Н.Шелухина, О.В.Мансимова, Е.Н. Конопля // Психология здоровья и болезни.- Курск.- 2015.- С. 67 - 69.
4. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по пульмонологии / А.Г. Чучалин // Журнал « Пульмонология» - М.- 2015.- С. 66 - 67.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г.,
Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н.**

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

В статье представлен анализ психологических нарушений у больных с ишемической болезнью сердца. Анализ нервно-психической нарушений проводился с помощью анкетирования больных и статистического метода. Установлено, что качество жизни больных взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания.

Ключевые слова: нарушения, эмоциональное состояние, статус.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

**Konoplya E. N., Mansimova O. V., Dorofeev, S. G.,
Prokofiev Yu. V., Sheluhina A. N.**

The article presents the analysis of psychological disorders in patients with ischemic heart disease. Analysis of neuropsychiatric disorders was conducted by surveying patients and statistical methods. It is established that life quality of the patients correlated with the clinical course of the disease.

Key words: disorders, emotional state, status.



Актуальность. Проблемы психических расстройств у больных с соматической патологией, в том числе и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с каждым годом возрастает. Болезнь является стрессогенным фактором, она сопровождается целой гаммой эмоций, меняет жизненные планы, перспективу на будущее, изменяет мотивацию и имеет помимо медицинских, также психологические и социальные аспекты. Личностная реакция на заболевание зависит от длительности заболевания, его тяжести и интеллектуальных возможностей человека.

Цель исследования: изучить психологические проблемы больных с ишемической болезнью сердца и определить перспективы дальнейшей помощи больным с ИБС.

Основным методом исследования при выполнении работы был статистический метод и анкетирование пациентов. Нами было проведено изучение качества жизни 148 пациентов с диагнозами: 1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК; 2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении НУЗ ОБ ст. Курск «ОАО РЖД». Был произведен сбор статистических данных при помощи разработанной анкеты. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета программ «BioStat» и Microsoft Excel.

Выводы: установлено, что качество жизни больных взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания. Показатель удовлетворенности жизнедеятельностью ниже у пациентов, с ИБС: ПИКС (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК, по сравнению с теми, у кого инфаркта не было с DS – ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК. Выявлены низкие значения КЖ «Физическая сфера», «Психологическая сфера», «Уровень независимости» и «Социальные отношения» группе пациентов с DS – ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК без инфаркта миокарда в анамнезе, где факторы психологической дезадаптации проявлялись в высокой степени. Было также определено, что субъективная оценка КЖ пациентов с ИБС определяется не только тяжестью соматического состояния, но и комплексом психологических факторов - личностными особенностями, актуальным эмоциональным состоянием, характером межличностных взаимодействий. Ведущими психологическими характеристиками больных ИБС, сопряженными с низким уровнем КЖ, являются недостаток самоконтроля, низкое чувство долга, такие характеристики межличностных отношений как уступчивость, неуверенность, заботливость, социальное избегание; а также ситуативная и личностная тревожность, мягкость.



Тенденция к снижению качества жизни у больных ИБС отмечается в случае преобладания таких личностных особенностей как доминантность, подозрительность, внутреннее напряжение, радикализм, чрезмерная чувствительность к болезни, доминирования в сфере межличностного взаимодействия конкурентности, холодности, критичности, повышенной озабоченности влиянием болезни на социальный статус, пессимизма. Тенденция к повышению КЖ выявлена у пациентов с оптимистическим объяснительным стилем. С высокими значениями КЖ сопряжены эмоциональная уравновешенность, уверенность в себе, интеллектуальные способности, гармоничное эмоциональное состояние. Перспективы дальнейшей помощи больным с ИБС: выявление психологических характеристик, связанные с уровнями удовлетворенности жизнедеятельностью, позволяет наряду с медикаментозной терапией рекомендовать психологическую коррекцию к дополнению в блок стандартных лечебных и реабилитационных мероприятий с целью повышения КЖ больных.

Литература

1. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни Л.И.Вассерман, Б.В.Иовлев, Э.Б.Карпова, А.Я. Вукс // Пб.: НИИ им. Бехтерева.- 2009.- С. 32 - 33.
2. Конопля Е.Н. Антиоксиданты в программе профилактики преждевременного старения / Е.Н.Конопля, О.В.Мансимова, С.Г.Дорофеева, А.Н. Шелухина // Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни. - Курск.- 2016.- С. 165 - 171.
3. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия // Психология. Медицина.- 2010.- С. 160 - 161.
4. Соловьева С. Л. Психологические особенности «психосоматической» личностной структуры / С. Л. Соловьева // Вестник клинической психологии. - 2013.- Т. 1.- № 2.- С. 199 - 204.



**ПРИЕМ АЛКОГОЛЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ
ДЕМОНСТРАТИВНОГО СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Коростелева О.Е.¹

¹ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», г. Курск

Аннотация: в данной статье автор обращается к проблеме влияния употребления алкоголя как одного из факторов формирования демонстративного суицидального поведения. Рассмотрен механизм влияния алкоголя на возникновение суицидальных мыслей и намерений. Приведен психологический анализ клинического случая.

Ключевые слова: алкогольное опьянение, демонстративное суицидальное поведение, клинический случай.

**RECEPTION OF ALCOHOL AS ONE OF THE FACTORS OF FORMING
DEMONSTRATIVE SUICIDAL BEHAVIOR (CLINICAL CASE)**

Korosteleva OE.1

Abstract: In this article, the author addresses the problem of the influence of alcohol consumption as one of the factors in the formation of demonstrative suicidal behavior. The considered mechanism of influence of alcohol on the formation of suicidal thoughts and intentions. Bring psychological analysis of the clinical case.

Keywords: alcohol intoxication, demonstrative suicidal behavior, clinical case.

Особое внимание следует уделить суицидальному поведению при алкогольном опьянении. По данным отечественных исследователей, приблизительно 7-15% самоубийств приходится на долю больных, страдающих алкоголизмом. Некоторые исследователи отмечают, что 40-50% самоубийств совершается в состоянии алкогольного опьянения различной степени тяжести [4,5]. По некоторым данным, наиболее распространены демонстративные суицидальные попытки, мотив которых является привлечение к себе внимания с целью получения выгоды или разрешения конфликтов. Известно, что алкоголь влияет на различные уровни функционирования человека [2,3], в настоящее время актуальным является проблема взаимосвязи алкоголя и демонстративного суицидального поведения, в том числе в определении механизмов формирования суицидальных мыслей и намерений. По некоторым данным, прием алкоголя облегчает реализацию и провоцирует суицидальное поведение благодаря своему растормаживающему эффекту и усилению депрессивных переживаний [1], снижает механизмы психологической защиты,



происходит ослабление самоконтроля, критических и прогностических способностей. Сложно определить степень влияния алкоголя в формировании суицидального поведения, при этом необходимо учитывать два аспекта: высокий уровень самоубийств среди лиц, зависимых от алкоголя, и снижение самоконтроля в состоянии алкогольного опьянения (алкогольной интоксикации), который проявляется и у лиц, не страдающих алкоголизмом [6,7]. В зарубежной литературе отмечается, что в среднем 37% суицидов и 40% попыток самоубийств предшествует употреблению алкоголя. К факторам формирования суицидального поведения относят острую алкогольную интоксикацию. Механизмы, ответственные за способность алкоголя усиливать риск суицидального поведения, включают: увеличение психологического стресса, повышение агрессивности, ускорение перехода суицидальных мыслей в действия, сужение сферы познавательной деятельности, снижение стрессоустойчивости, что приводит к увеличению риска для суицидального поведения [7].

Исходя из вышеописанного, можно сделать вывод, что прием алкоголя является одним из факторов формирования демонстративного суицидального поведения.

Приведем клинический случай из практики работы медицинского психолога в наркологическом отделении ОБУЗ ККПБ.

Из анамнеза известно: наследственность психопатологически не отягощена, поступала однократно в наркологическое отделение неделю назад в алкогольном опьянении с попыткой суицидального поведения. Выписана через сутки по просьбе матери. Настоящая госпитализация связана также с попыткой демонстративного суицидального поведения в алкогольном опьянении – сидела на балконе 6 этаже, выкрикивая слова «спрыгну, спрыгну».

По данным комплексного клинико-психологического исследования.

Пациентка Н., 34 года. На момент исследования жалобы активно не предъявляет. Ориентирована достаточно. Контакт носит формальный характер. На вопросы отвечает односложно, по существу, в плане заданного. Отношение к исследованию малоинтересованное. Полностью в болезненных переживаниях не раскрывается. Причину госпитализации поясняет, что многое не помнит, из-за выпитого алкоголя. Сообщает, что накануне после «неприятного звонка», чтобы снять внутреннее напряжение и повысить настроение употребила «бутылку водки», после чего сидела на балконе своей квартиры, которая располагается на 6 этаже. С какой целью сидела, пояснить затрудняется, но отвечает «если бы хотела прыгнуть, то уже бы прыгнула». Поясняет, что это было «скорее для привлечения внимания». О сложившейся психотравмирующей ситуации не рассказывает, только поясняет, что данная ситуация «личная и длится уже два года». При данной беседе на глазах



появляются слезы, которые сдерживает и пытается скрыть. Также в беседе эмоционально поясняет, что не может забеременеть, и данная проблема отрицательно влияет на самооценку, так как по шкале «здоровье» в методике Дембо-Рубинштейн отмечает «20 или 30 процентов, не больше». Не отрицает злоупотребление алкоголем. Выявлена атактическая мотивация употребления алкоголя. Во время беседы внешне спокойна, упорядочена, эмоционально маловыразительна, при затрагивании лично значимых тем расстраивается, выражение лица печальное, прячет выступившие слезы на глазах, «закрывается» от дальнейшей беседы, отвечает односложно и неоднозначно «возможно», «может быть» или категорично «нет». Инструкцию усваивает с 1-го предъявления, удерживает. Результатами не интересуется, выполняет по необходимости. Помощь принимает, продуктивна. Тяготеет к нахождению в больнице. К концу исследования продуктивность деятельности несколько снизилась, отмечает некоторую усталость. Критика сохранна.

Сенсомоторный темп умственной деятельности неустойчив и нерезко замедлен с признаками истощаемости психических процессов. На поиск чисел по таблицам Шульте затрачивает 33 сек, 50 сек, 1 мин 03 сек, 1 мин 02 сек, 1 мин 20 сек. Кривая механического запоминания 10 слов нерезко снижена – 6-8-8-8, отсроченное воспроизведение 7 слов. Короткий рассказ доступен, смысловую линию удерживает, мораль понимает верно. Мышление характеризуется достаточным уровнем категориального обобщения и отвлечения. Методику «Исключение лишнего» выполняет уверенно и на достаточном уровне. При сравнении понятий использует обобщенные понятия на категориальном уровне. Переносный смысл пословиц и метафор поясняет достаточно в обобщенных формулировках, стремится правильно сформулировать ответ. Использует обычные, содержательно адекватные ассоциативные образы для опосредования понятий в «пиктограммах», коэффициент воспроизведения 70%. Рисунки маленького размера, по несколько раз обводит контуры, линии нечеткие, что свидетельствует о некоторой неуверенности и тревожности.

В личностной сфере выявлены следующие результаты. В методике на определение уровня ситуативной и личностной тревожности Спилберга - Ханина, был выявлен высокий уровень. В патохарактерологическом опроснике Леонгарда выявлено повышение по шкале «эмотивность», что свидетельствует о выраженности следующих индивидуально-типологических черт: повышенная чувствительность, впечатлительность, эмоциональная неустойчивость, повышенная слезливость. По методу цветовых выборов выявлены следующие индивидуально-типологические черты: неустойчивость, трудности социальной адаптации, преобладание субъективных пристрастий, сенситивность, потребность в понимании и любви, напряженность, повышенная



раздражительность и тревожность, стремление скрыть неуверенность и тревогу демонстративность поведения, высокий уровень притязания, состояние характеризуется переживанием чувства одиночества и неуверенности. По оценки невротических состояний (Яхина и Менделевича) выявлено повышение по шкале «истерическое реагирование».

Таким образом, в ходе исследования на первый план выходят личностные особенности: высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, неадекватная (заниженная) самооценка, демонстративное поведение, преобладание субъективных пристрастий, заострение в личности черт характера по «эмотивному» типу, что характеризует впечатлительность и повышенную чувствительность, преобладание истерических форм реагирования. Выявлена атактическая мотивация употребления алкоголя, причиной которой является снижение эмоционального дискомфорта. В когнитивной сфере выявлены неустойчивость и нерезкое снижение произвольного внимания в сочетании с истощаемостью психических процессов, мышление характеризуется достаточным уровнем обобщения и отвлечения, нерезкое снижение механического запоминания в следствии малоинтересованности в показании высоких результатов.

Проведена психологическая поддержка, обозначены пути разрешения любой 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 («неприятный звонок»), в сочетании с такими личностными характеристиками как демонстративность, желание быть социально одобряемой, стремление произвести благоприятное впечатление, кризисная ситуация вызвала внутреннее напряжение, снижение настроения, повышенный уровень тревожности. Наблюдаются атактические мотивы употребления алкоголя - желание нейтрализовать негативные переживания, снятий внутреннее напряжение. Под воздействием алкогольного опьянения отмечается изменение психического состояния в виде агрессивности, раздражительности, наблюдается повышенная конфликтность, снижение самоконтроля, критических и прогностических способностей, в данном случае произошло усиление негативных чувств и увеличение важности психотравмирующей ситуации, что создало благоприятные условия для возникновения суицидальных мыслей и намерений для демонстративного суицидального поведения (вышла на балкон 6 этажа, сидела на перилах).

При проведении психологического анализа, представленного клинического случая, наблюдается значимая роль воздействия алкоголя в формировании



суицидальных мыслей и намерений, а в сочетании с индивидуально-психологическими особенностями (заострение демонстративных черт характера, низкая стрессоустойчивость, истерический тип реагирования) это проявилось 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.

Литература.

1. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Методологические подходы к изучению алкогольной смертности населения // Вопросы наркологии. – 2011. – №2. – с. 7-13.
2. Запесоцкая И.В. Метапсихологический уровень в изучении состояния зависимости // Ученые записки Российского государственного социального университета. –2012. – №2. – с.245 - 249.
3. Запесоцкая И.В. Никишина В.Б. Состояние зависимости: метапсихологический подход [Электронный ресурс] // 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., Говорин Н.В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне // Суицидалогия. – 2015. – Т.2. – №2 (19). – с. 35 – 46
6. Смирнова Е.Ю. Алкоголь и самоубийства: проблема взаимосвязи // Вестник ИГЭУ. – 2008 – вып.1. – с. 1-4
7. Hufford M. Alcohol and suicidal behavior. Clin Psychol Rev 2001; 21: 5: 797—811.20



**КАТАСТРОФИЗАЦИЯ БОЛИ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ ЗАБЛУЖДЕНИЙ И ЯТРОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ
ПСИХОГЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Ласков В.Б., Третьякова Е.Е., Логачева Е.А.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

На основе биопсихосоциального подхода проанализированы жалобы и неврологический статус у 616 больных на амбулаторном приеме невролога. Выявлены случаи ятрогенно обусловленных психогений, сформированных на основе заблуждений пациента относительно наличия, тяжести и прогноза обнаруженной у него при обследовании патологии. Показана негативная роль неверных комментариев результатов обследования, которые даются медицинскими работниками, в катастрофизации представлений больных об имеющихся отклонениях. Рекомендована когнитивно-поведенческая терапия для коррекции соматоформной дисфункции и хронических болевых синдромов.

Ключевые слова: ятрогения, анализ, заблуждения, соматоформная дисфункция, катастрофизация боли, амбулаторный прием, когнитивно-поведенческая терапия.

**CATASTROPHICATION OF PAIN: NEUROPSYCHOLOGICAL
ASPECTS OF MISCONCEPTIONS AND IATROGENICALLY DETERRENT
PSYCHOGENS
IN CLINICAL PRACTICE**

Laskov V.B., Tretyakova E.E., Logacheva E.A.

The authors analyzed complaints and neurological status in 616 patients on an outpatient visit of a neurologist on the basis of a biopsychosocial approach. Cases of iatrogenically conditioned psychogenies, formed on the basis of the patient's misconceptions about the presence, severity and prognosis of the pathology found in him, are revealed. The negative role of incorrect comments of the results of the survey, which are given by medical workers, is shown in the disagreement of the patients' views about the existing deviations. Cognitive-behavioral therapy for correction of somatoform dysfunction and chronic pain syndromes is recommended.



Key words: iatrogenia, analysis, delusions, somatoform dysfunction, pain catastrophe, outpatient reception, cognitive-behavioral therapy.

Эмоционально-аффективные реакции на негативную информацию в условиях неблагоприятной социально-психологической ситуации служат частым источником для формирования многообразной соматоформной дисфункции [2], приводящей больного на прием к неврологу. Большую роль в этом отношении играют тревога и депрессия, ведущие к развитию соматоформной дисфункции [5, 8].

Амбулаторный прием пациентов с хронической болью сопряжен с необходимостью частого проведения когнитивно-поведенческой психотерапии (терапии) – КПП [3]. Возможность и целесообразность использования КПП в рутинной неврологической практике основана на биопсихосоциальной концепции боли, а также когнитивной теории и терапии А.Бека и модели рационально-эмоциональной психотерапии А. Эллиса [6]. С данных позиций феномен боли имеет интегративный характер и определяется не только силой и характером раздражителя и физиологическими свойствами организма, но и его психологическими особенностями, социальными факторами, предшествующим опытом восприятия, в том числе детским; семейными традициями и впечатлениями и иными факторами, которые являются индивидуальными и весьма динамичными [1].

Особое значение приобретает феномен драматизации последствий каких-либо «находок» при компьютерном обследовании пациента [7]. Попытка осмысления непонятной и от этого кажущейся особенно опасной медицинской терминологии порождает неадекватные эмоциональные и поведенческие реакции. Процесс катастрофизации боли и иных феноменов существенно облегчен у лиц, лишенных достоверной профессиональной информации [9].

Ошибочная диагностика органического характера неврологических или соматических расстройств в подобных случаях могут существенно ухудшить состояние больных и надолго отложить начало адекватного и эффективного лечения. В связи с этим актуален анализ причин обращения населения за медицинской помощью к неврологу.

Цель работы – изучение причин неадекватных поведенческих решений и поведенческих реакций у больных на амбулаторном неврологическом приеме, механизмов формирования ятрогенно обусловленных психогений.

Материал исследования: данные неврологического исследования, нейровизуализации и анализа анамнестических сведений 616 больных, обратившихся в кабинет невролога ООО «Медассист» или находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении Курской областной клинической больницы.



Результаты и обсуждение. По данным анализа клинико-параклинических и анамнестических сведений, из 616 пациентов 86 человек (14%) предъявляло в качестве основания для обращения для консультации результат компьютерной томографии, рентгеновского исследования позвоночника или головного мозга, а также реоэнцефалографии. При этом они демонстрировали сформированную тревогу по поводу последствий выявленных у них тех или иных отклонений при обследовании, не предъявляя при этом реальных жалоб на самочувствие.

В качестве причин тревоги выступали проявления остеохондроза, грыжи и протрузии межпозвоночных дисков, в том числе грыжи Шморля; указания на сдавление дурального мешка; извитость и гемодинамически незначимое сужение сосудов, асимметрия их диаметра, мелкие асимптомные кисты вещества и оболочек мозга.

В подавляющем большинстве случаев роль пускового фактора для запуска процесса невротизации играют пугающие высказывания персонала, выполнявшего исследование или вручавшего медицинское заключение – врача, медсестры, лаборанта. Эти высказывания о возможных негативных последствиях выявленных отклонений, как правило, неверны. Причиной служит их некомпетентность в специальных неврологических аспектах ситуации. Однако в некоторых случаях нельзя исключить и психологические особенности медработников в виде стремления повысить собственную значимость и значимость выполненной процедуры. Нельзя исключить и желание мотивировать пациента на повторное посещение как направившего специалиста, так и иных специалистов в условиях нынешних финансовых отношений. В любом случае, даже при реальной угрозе выявленной патологии, врачебная этика требует воздерживаться от бездоказательных указаний на смертельную опасность гипотетически возможной ситуации.

В результате возникала катастрофизация представлений пациентов о возможных негативных исходах многих на самом деле асимптомных и/или клинически незначимых, компенсированных отклонений, выявленных при обследовании. Как следствие, возникают тревожные переживания, соматоформная дисфункция, конверсионные расстройства, патологические поведенческие установки. Иногда больной формирует ложную концепцию своего состояния и при изложении неверных причинно-следственных связей вводит врача в заблуждение, что приводит к ошибочному диагнозу и выбору неправильных методов лечения. Акцентуации характера обостряют восприятие негативной информации.

Патологическая акцентуация – фокусирование телесного внимания на патологическом очаге приводит к тому, что внушаемый человек начинает «чувствовать». Например, остеофит в шейном отделе позвоночника якобы



«цепляет» за ткани и создает дискомфорт при движениях, «перекрывает» что-то, обычно кровоток. То есть больные, услышавшие о «крючке» в позвоночнике от рентгенолога, начинают объяснять свои неприятные ощущения и иные расстройства этим «крючком». Переживаемая ими тревога соматизируется, и больной обращается к неврологу, имея на деле соматоформную дисфункцию с сенестопатиями, тактильными иллюзиями и конверсионные расстройства. Многие авторы обращали внимание на тот факт, что среди больных, обратившихся за помощью, доля лиц с клинически значимыми симптомами не превышает 30% [1, 8]. Особенно актуальна эта проблема в отношении больных с болями в спине с визуализационными проявлениями остеохондроза, нестабильности сегментов, протрузиями или грыжами межпозвонковых дисков.

Роль пускового фактора в генезе психогенных расстройств у наших больных обычно играл некорректный либо ошибочный комментарий медицинского сотрудника относительно тяжести и последствий имеющих у больного нарушений. Сегодня значимы неосторожные либо целенаправленные высказывания специалистов о тяжелых последствиях выявленных изменений электроэнцефалографии, электромиографии, доплерографии, компьютерной томографии. Между тем значительная часть этих данных клинически и патогенетически не проявляется, имеет резидуальный характер, бессимптомна и не является текущим патологическим процессом, то есть может быть принята к сведению, но не опасна и не требует какой-то коррекции.

Определенное значение имели яркие стереотипы поведения старших родственников с демонстрацией ограничительного поведения в условиях возможного нездоровья, а также психологические особенности и акцентуации характера самих пациентов.

В связи с этим, с позиций доказательной медицины, все подобные случаи требовали от нас проведения КПП для коррекции искаженных представлений больных и мотивирование их на улучшение состояния. Так, при хронической боли в спине КПП предполагала:

1) информирование пациента об истинной причине боли в спине (миофасциальный синдром, фасеточный синдром и прочее) и, как правило, ее доброкачественной природе;

2) развенчание ложной концепции, вызвавшей катастрофизацию ожиданий и невротизацию пациента;

3) указание на улучшение или устранение боли в течение 2-х месяцев у 80% больных с неспецифической болью в спине без лечения, на отсутствие связи между рентгенологическими и МРТ-данными и интенсивностью боли;

4) сообщение о том, что 70% грыж дисков бессимптомны, грыжи Шморля бессимптомны почти в 100% случаев; грыжи дисков за год уменьшаются на 15-18%, секвестры их лизируются, а клинические проявления корешковых



синдромов в течение года у большинства больных регрессируют;

5) исключение постельного режима и рекомендация достаточного уровня повседневной активности;

6) назначение терапии на основе доказательной медицины, включая постизометрическую релаксацию, антидепрессанты, КПП, которые направлены на скорейшее устранение боли;

7) информирование о правильных позах во время сна, работы, вождения машины и разъяснения важности правильной осанки;

8) рекомендация комплекса лечебной гимнастики и ходьбы.

Основная проблема при проведении КПП – отсутствие необходимого времени на ее реализацию при рутинном неврологическом приеме.

Выводы. Следует отметить большую долю больных с ятрогенно обусловленными расстройствами, которые катастрофизируют возможные последствия имеющихся у них асимптомных или малосимптомных отклонений, требует проведения когнитивно-поведенческой терапии и большого количества времени, а также участия медицинского психолога. КПП является нередким компонентом ведения неврологического больного, что требует наличия соответствующих навыков у врача-невролога и свидетельствует о целесообразности привлечения к ведению неврологических больных медицинских психологов или психиатров.

Литература

1. Аверченкова А.А. Хроническая боль в нижней части спины (люмбалгия) у пожилых / А.А. Аверченкова, В.А. Парфенов // Клиническая геронтология. – 2015. – Т. 21. N 7-8. - С. 3-9.
2. Асанова А.М. Психогенные невротические депрессии у женщин (психопатологический и психосоматический аспекты) / А.М. Асанова, Т.Н. Лаврова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 2001. - № 11. - С. 14-18.
3. Данилов А.Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль / А.Б.Данилов //Российский журнал боли. – 2010. - № 1. – С. 3-7.
4. Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы клинической психологии и психологии личности» / Новосиб. гос. ун-т. – Новосибирск : ИПЦ НГУ.- 2017. – 318 с.
5. Маховская Т.Г. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у работников железнодорожного транспорта (эпидемиология, клиника, терапия) / Т.Г. Маховская, В.А. Тарасова // Дальневосточный медицинский журнал. - 2006. - № 1. - С. 90-95.



6. Мелкумова Г.А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли / Г.А.Мелкумова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2010. - № 1. - 2010. - № 4. - С. 65-71.
7. Парфенов В.А. Причины, диагностика и лечение боли в нижней части спины /В.А.Парфенов //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2009. - № 1. - С. 19–22.
8. Смулевич А.Б. Органные невроты как психосоматическая проблема А.Б.Смулевич, А.Л.Сыркин, С.И. Рапопорт и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000. - № 12. - С. 4-12.
9. Livneh H. Psychosocial adaptation to heart diseases: the role of coping strategies //J. Rehabil. – 1999. – 65 (3). – P. 24-33.

ПРОБЛЕМА СЕНСОМОТОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Лысых А.А.

**Курский государственный медицинский университет,
кафедра психологии здоровья и коррекционной психологии, Курск**

В данном исследовании представлен библиометрический анализ для изучения степени научной разработанности феномена сенсомоторной интеграции в рамках психологической науки в русскоязычных и англоязычных научно-электронных библиотеках за период 2007-2017г.г.

Ключевые слова:

сенсомоторная интеграция, библиометрический анализ

PROBLEM OF SENSOMOTOR INTEGRATION: THEORETICAL METHODOLOGICAL ANALYSIS

Lysykh A.A.

This study presents bibliometric analysis for studying the degree of scientific development of the phenomenon of sensorimotor integration within the framework of psychological science in Russian-speaking and English-speaking scientific and electronic libraries for the period 2007-2017.

Keywords: sensorimotor integration, bibliometric analysis.



Актуальностью изучения сенсомоторной интеграции является то, что данный феномен лежит в основе перестроек функциональной организации мозга в ответ на значимые изменения внешних и внутренних факторов. Другими словами это реакция, обуславливающая выполнение, какого либо действия в ответ на сенсорный стимул.

Целью нашего исследования является: библиометрический анализ для изучения степени научной разработанности феномена сенсомоторной интеграции в рамках психологической науки за период 2007-2017г.г.

Объект исследования – сенсомоторная интеграция.

Определение степени научной разработанности проблемы, изучения сенсомоторной интеграции, осуществлялось методом библиометрического анализа количественных и качественных показателей отечественных и зарубежных психологических исследований. Анализ проводился по информационному пространству русскоязычной и англоязычной научно-электронной библиотеки «eLIBRARY» [1] и «Web of Science» [2].

Анализируя публикации в системе «eLIBRARY» [1] по ключевому слову сенсомоторная интеграция в рубрике 15.00.00. («Психология»). Общий объем найденных публикаций по феномену составил 42 статьи. Наиболее активными авторами по данной проблематики являются Вергунов Е.Г. (9 публикаций); Ветерок Е.В. (4 публикаций).

Осуществляя оценку динамики научных исследований по феномену сенсомоторная интеграция по годам (2007-2017 гг.) выявлен стабильно не высокий уровень исследовательской активности в периодс 2007 - 2017 года(см. табл. № 1.)

Таблица № 1.

Частотный анализ публикационной активности за период 2007-2017г.г. на базе информационной системы «eLIBRARY» в рубрике 15.00.00. («Психология») по феномену сенсомоторная интеграция

Год	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Кол-во публикаций	-	2	8	8	4	4	3	3	2	4	4

В результате проведенного анализа, полученные данные секторировались нами по возрастным периодам. В результате были выделены следующие изучаемые возрастные периоды: дошкольный возраст 2 статьи (4,8 %), младший школьный возраст 7 статей (16,7%), подростковый возраст 12



(28,58%), юношеский возраст 3 статьи (7,14%) без дифференциации возраста 15 (35,8%). Полученные результаты свидетельствуют о том, что преобладающим возрастным периодом для исследователей стал подростковый возраст (12,58 %).

В ходе проведения тематического анализа по критерию «сенсомоторная интеграция» в рубрике 15.00.00. («Психология») и отнесенности исследований к области психологического знания получено, что данный характер исследования носят 31 статья (74%) от общего числа публикаций по заданному ключевому слову «сенсомоторная интеграция» в период с 2007 по 2017 г. г.

Осуществляя анализ изучаемого объекта в зарубежных исследованиях. В качестве объекта выступает «sensorimotor integration», глубина исторического поиска составила 10 лет (2007 - 2017 гг.).

Анализ проводился по информационному пространству научно-электронной библиотеки «Web of Science»[2] по ключевому слову sensorimotor integration по критерию «PSYCHOLOGY». Общий объем найденных публикаций составил 302 статьи за период с 2007 по 2017 год.

Осуществляя оценку динамики научных исследований феномена по годам, выявлен стабильно умеренный уровень исследовательской активности в период с 2007 - 2017 года(см. табл. № 2.).

Таблица № 2.

Частотный анализ публикационной активности на базе информационной системы «Web of Science» в период 2007-2017 г.г., по ключевому слову sensorimotor integration

Год	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Кол-во публикаций	9	14	37	21	26	28	30	37	39	27	34

В ходе проведения тематического библиометрического анализа по критерию «sensorimotor integration» и отнесенности исследований к области психологического знания получено, что данный характер исследования носят 28 статей (9,28%) от общего числа публикаций по заданному ключевому слову «sensorimotor integration» в период с 2007 по 2017 г. г.

На основе полученных данных мы можем сделать вывод о том, что:

1. выявлена стабильно положительная динамика исследовательского интереса к феномену сенсомоторной интеграции в русскоязычных и англоязычных исследованиях;

2. из всех представленных в системе РИНЦ публикаций 57% статей имеет возрастную принадлежность, исследования в дошкольном и младшем



школьном возрасте представлены в малом объеме: 21% от общего числа публикаций;

3. исследование сенсомоторной интеграции с позиции психологии более обширно представлено в русскоязычных исследованиях (74%) по сравнению в англоязычными публикациями (9,28%).

Литература

1. Elibrary.RU - научная электронная библиотека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/defaultx.asp?>
2. Web of Science - научная электронная библиотека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.webofscience.com

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИБС С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Маль Г.С., Дудка М.В., Летова И.М.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия

Проведена оценка качества жизни с использованием опросника SF-36. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья.

Ключевые слова: психологическое здоровье, социальные взаимоотношения, качество жизни, фармакологическая коррекция, гиполипидемическая терапия.

EVALUATION OF PSYCHOLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH CHD WITH USE OF GENETIC MARKERS

Mal G.S., Dudka M.V., Letova I.M.

The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire. The questionnaire reflects the general well-being and degree of satisfaction of those subjects of human life on which the condition of the disease.

Keywords: psychological health, social relationships, quality of life, pharmacological correction, lipid-lowering therapy.



По статистическим данным, ишемической болезнью сердца (ИБС) страдают около 12% всех мужчин в возрасте 45-59 лет. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди лиц более молодого возраста [3].

Многими исследователями установлено, что у 33-80% больных ИБС наблюдаются психические изменения [3]. Часто возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства «Я». Во время болевого приступа больных охватывает беспокойство, мысли о смерти от сердечного приступа, отчаяние.

В настоящем исследовании под наблюдением находились 121 мужчина с гиперлипидемией (ГЛП), а также ишемической болезнью сердца (ИБС), относящихся к группе очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE [2]. Выбор мужчин обусловлен их большей заболеваемостью ИБС [2]. Исследование проведено простым, проспективным методом. Группы пациентов формировались по следующим стратификационным критериям: возраст от 40 до 61 года, I или II функциональный класс стабильной стенокардии, наличие изолированной (ИА) или сочетанной (ИБ) ГЛП. Пациенты имели индекс массы тела 26,8 (25,6-27,8). Фармакологическая коррекция проводилась розувастатином в дозе 10 мг/сут. в течение года с контролем параметров липидного обмена в момент включения, через 4, 8, 24 и 48 недель (0, 1, 2, 3, 4 точки исследования соответственно), с переводом на комбинированную терапию (розувастатин в дозе 10 мг/сут. и эзетимиб 10 мг/сут.) пациентов, не достигших целевых значений по показателю ХС ЛНП (1,8 ммоль/л) к 8 неделе исследования. В качестве критерия эффективности гиполипидемической терапии принималось условие достижения целевых значений уровня ХС ЛНП [2].

Оценка качества жизни проводилась с помощью использованием опросника SF-36. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье [4, 8]. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале [1]. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья.

Кровь для исследования брали из локтевой вены утром натощак, не ранее чем через 12-14 часов после приема пищи. Выделение геномной ДНК осуществлялось из венозной крови стандартным двухэтапным методом фенольно-хлороформной экстракции.



Детальный анализ КЖ позволил установить, что у пациентов с ИБС и атерогенными ГЛП на момент включения в исследование наиболее значимо были нарушены показатели психологического здоровья, физического функционирования и сфера социальных взаимоотношений.

Показатели физического функционирования у пациентов, страдающих ИБС, с атерогенными ГЛП были снижены преимущественно за счет шкал жизненной активности, энергии и физической боли, дискомфорта. В ходе беседы выяснялось, что у большинства пациентов чувство страха вызывала постоянная угроза возникновения боли, характерная для стенокардии, особенно для начала заболевания. Уровень независимости у пациентов обеих групп получил средние оценки, был снижен, в основном за счет зависимости от приема лекарств и способности к выполнению повседневных дел.

У больных ИБС с атерогенными ГЛП, получавших гиполипидемическую терапию, в сравнении с контрольной группой оказалось статистически значимым изменение оценки влияния болевого синдрома на качество жизни, в том числе на состояние физического здоровья, что привело к значительному приросту по шкале жизнеспособности наряду с положительной динамикой психологического здоровья.

Затем нами была проведена оценка влияния гиполипидемической терапии на динамику показателей КЖ по шкалам опросника SF-36 с учетом выраженности индивидуального ответа при фармакологической коррекции нарушений липидного обмена и генотипа. У больных ИБС, стабильной стенокардией I-II ФК с атерогенными ГЛП, чувствительных к лечению розувастатином, в сравнении с группой пациентов, резистентных к проводимой монотерапии и переведенных на бикомпонентную терапию, не было получено статистически значимых различий в динамике показателей шкал опросника SF-36 как до лечения, так и после. Однако при анализе анкетных данных больных ИБС, стабильной стенокардией I-II ФК с атерогенными ГЛП на фоне коррекции нарушений липидного обмена с учетом генотипа оказалось, что исходные значения показателей КЖ по шкалам опросника SF-36 у носителей D аллеля по полиморфизму ACE I/D отличалась от таковых в сравнении с носителями I аллеля.

Проведенный анализ КЖ позволил установить, что у пациентов с ИБС и атерогенными ГЛП на момент включения в исследование наиболее значимо были нарушены показатели психологического здоровья, физического функционирования и сфера социальных взаимоотношений. В ходе обсуждения полученных результатов следует обратить внимание на отсутствие статистически значимых различий в оценке КЖ у больных ИБС, стабильной стенокардией I-II ФК с атерогенными ГЛП, чувствительных к терапии розувастатином 10 мг/сут. в сравнении с группой пациентов, резистентных к



данному виду вмешательства и переведенных на комбинированную терапию с добавлением эзетимиба 10 мг/сут. Пациенты носители D аллеля показали, как изначально низкую оценку КЖ, так и меньшую динамику значений по шкалам опросника SF-36 независимо от вида фармакологической коррекции нарушений липидного обмена. Поэтому с точки зрения профилактического подхода представляет интерес связь генетических и личностно-поведенческих особенностей, рассматриваемых в качестве психологических факторов риска ИБС. Осуществленный ранее по полиморфизму ACE ID генотипически дифференцированный анализ психологического портрета больных ИБС показал, что носители генотипа DD чаще, чем носители генотипов ID и II, проявляли повышенную враждебность, выражающуюся в негативных отношениях и оценках применительно к окружающим людям и событиям, и признаки поведения типа А (склонность к соперничеству, амбициозность, нетерпеливость и напряженность), что, возможно, объясняет выявленную нами зависимость.

Литература

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н.Амирджанова, Д.В.Горячев // Научно-практическая ревматология – 2008. - №1.-С. 36-48
2. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов (V пересмотр) // Атеросклероз и дислипидемии. – 2012. – № 4. – С. 5-54.
3. Захаров, В.Н. Ишемическая болезнь сердца: Классификация, факторы риска, профилактика, лечение, реабилитация / В. Н. Захаров. – М.- 2001.- 285 с.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИЗМЕНЕНИЯ В ПАМЯТИ НА ЛИЦА В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Мелёхин А.И.

**Российский геронтологический научно-клинический центр,
Институт психологии Российской Академии Наук, г. Москва, Россия**



Исследование было направлено на выявление характера влияния изменений в гериатрическом статусе на непосредственное и отсроченное воспроизведение по памяти лиц других у людей в пожилом и старческом возрасте. Больше трудностей в запоминании лиц наблюдаются у людей 75-90 лет в отличие от 55-60 и 61-74 лет. В статье представлены симптомы нарушения памяти на лица в позднем возрасте. Показано, что трудности в воспроизведении лиц по памяти компенсируются рядом социо-перцептивных процессов. Выделены предикторы, влияющие на изменения в памяти на лица в позднем возрасте.

Ключевые слова: память на лица, социо-когнитивные способности, социальное познание, нейрокогнитивные расстройства, пожилой возраст, старческий возраст

FACTORS INFLUENCING CHANGES IN MEMORY IN LATER AGE

Melekhin, A. I.

The study was aimed at identifying the nature of the impact of changes in geriatric status on immediate and delayed reproduction from memory other people have in elderly and senile age. More difficulty in remembering individuals observed in people 75 to 90 years unlike and 55-60 61-74 years. The article presents the symptoms of impaired memory for faces in old age. It is shown that the difficulties in the reproduction of individuals memory kompensiruet a number of socio-perceptual processes. Selected predictors that influence changes in memory in later age.

Key words: memory, socio-cognitive ability, social cognition, neurocognitive disorders, elderly age, senile age

Распространенная в гериатрии *феноменологическая оценка* состояния здоровья, не позволяет раскрыть индивидуальный почерк старения, уровень и степень декомпенсации индивидуальных ресурсов, компенсаторных стратегий, потенциала к социальной адаптации человека позднего возраста. В связи с этим был предложен новый диагностический подход – *функциональный диагноз*, который определяет социальный прогноз человека, нацелен на уточнение биопсихосоциальных ресурсов в контексте его жизненной ситуации [1]. Однако в рамках этого подхода при проведении нейропсихологического обследования большее внимание уделяется оценке *когнитивным функциям*, при этом недостаточно учитываются особенности социальной компетентности, состоянию т.е. *социо-когнитивных функций*, которые обеспечивают личностно-средовое взаимодействие: восприятие, интерпретацию собственных психических состояний и состояний, намерений других людей [6]. Состояние



социального познания является более предиктором социального функционирования, чем позитивная и негативная симптоматика [2;6;7]. В DSM-V одним из шести диагностических критериев для определения степени *нейрокогнитивных расстройств*, является оценка *социального познания*, которая включает в себя распознавание и дифференциацию эмоций, память на лица, способность к построению модели психического собственного состояния и состояния другого человека (*theoryofmind*) [2]. В связи с тем, что новые лица встречаются часто в повседневной жизни исследование изменений в *памяти на лица*, т.е. узнавании знакомых и незнакомых людей, несмотря на изменения во внешности и социальных ролях в контексте различных ситуациях, событий, времени, является одной из перспективных областей исследования *социальной компетенции* в позднем возрасте [3]. Изменения в *памяти на лица* рассматривают как один из потенциальных нейропсихиатрических маркеров развития: шизофрении, депрессии, болезни Альцгеймера и Паркинсона, лобно-височной, сосудистой деменции и рассеянного склероза [2;3;4;5;8]. Следует отметить, что в основе изменений в способности запоминать и узнавать лица других людей в позднем возрасте лежит *полиморфность* и *полиэтиологичность* [8]. По сей день не разработанным является вопрос о биопсихосоциальных факторах влияющих на запоминание лиц других людей в позднем возрасте.

Цель исследования выявление характера влияния изменений в гериатрическом статусе на непосредственное и отсроченное воспроизведение по памяти лиц других у людей в пожилом и старческом возрасте.

Участники исследования. 373 респондентов *пожилого* ($M_{age}=64,5$ лет) и *старческого* ($M_{age}=79,9$ лет), которые были разделены на следующие группы 55-60 лет – 120 человек (17 мужчин и 103 женщины, $56,6\pm 1,8$ лет); 2) 61-74 лет - 120 человек (13 мужчин и 107 женщин, $66,7\pm 3,9$ лет) и 3) 75-90 лет – 50 (11 мужчин и 39 женщин, $79,4\pm 3,5$ лет) проходившие амбулаторное обследование в Консультативно-диагностическом центре № 2. От общего количества основной группы респондентов 35% (103 человека) имели высшее, 48,2 % (140 человек) средне-специальное, 12,7 % (37 человек) среднее образование. Состояли в браке 42% (122 человека), и 44% (129 человек) работали.

Гериатрический статус участников исследования. В группах 61-74 и 75-90 лет по сравнению с группой 55-60 лет наблюдается тенденция к снижению удовлетворенности качеством жизни (по WHOQOL-BREF). Наблюдалось отсутствие симптомов когнитивного дефицита (по MoCA). Однако, по сравнению с группой 55-60 лет у респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдаются изменения в состоянии когнитивных функций, которые указывают на наличие легких когнитивных нарушений при которых непостоянно наблюдаются когнитивные симптомы, не достигающие синдромального значения. По сравнению с пожилым возрастом (55-60 и 61-74



лет) в группе старческого возраста (75-90 лет) наблюдается большая выраженность симптомов субдепрессии (по GDS-30), глубина переживаний чувства одиночества и социальной изоляции (по R-UCLA-LS).

Методики исследования. Оценка памяти на лица осуществлялась с помощью *теста запоминания лиц* (Penn FacialMemoryTest) из *Пенсильванской онлайн-нейропсихологической батареи* (web-based self-administered Computerized Neuropsychological Battery, R.C. Gur). Первый этап обследования включал в себя фазу запоминания и распознавания. На втором этапе обследования длительность гетерогенной интерференции была 45 минут. Респонденту предъявлялись фотографии в случайной порядке, среди которых 20 уже увиденных им ранее и 20 добавленных новых лиц-дистракторов. Необходимо было определить, какие из предъявленных лиц он видел ранее. *Интерпретация:* 1) *Индекс непосредственного и отсроченного распознавания* - точность воспроизведения лиц по памяти среди других лиц-дистракторов. Максимальный балл - 40; 2) *Скорость распознавания (в мс)* – медианное время для выбора правильного ответа при узнавании лиц по памяти как при непосредственном, так и отсроченном воспроизведении. 3) *Объем непосредственного и отсроченного воспроизведения лиц по памяти.* Максимальный балл – 20 [6;22].

Результаты исследования. Наблюдаются изменения в отсроченном и непосредственном запоминании лиц по памяти у респондентов трех возрастных групп (табл.1).

Таблица 1

Память на лица в трех возрастных группах респондентов

Параметры оценки		55-60 лет (А)		61-74 лет (В)		75-90 (С)		Попарное сравнение
		n=120		n=120		n=50		
		М	SD	М	SD	М	SD	
Непосредственное воспроизведение	Индекс распознавания [40]	34,7	2,22	31,7	2,87	26,4	0,94	AB**, AC**, BC**
	Время, затраченное на правильный ответ (мс)	1633	452	1781	639	1893	541	AB**, AC**, BC**
	Кол-во воспроизведенных лиц [20]	17	1,69	15,3	1,10	9,7	1,43	AB**, AC**, BC**
Отсроченное воспроизведение	Индекс распознавания [40]	33,6	1,5	28,1	1,6	19,4	1,3	AB**, AC**, BC*
	Время, затраченное на правильный ответ (мс)	1714	325	1891	553	2052	432	AB**, AC**, BC**
	Кол-во воспроизведенных лиц [20]	15,1	1,11	11,1	1,33	6,9	1,16	AB**, AC**, BC**

Примечание. В квадратных скобках указан максимальный баллы по компонентам теста. ** - $p < 0,01$, * - $p < 0,05$ при попарном сравнении возрастных групп респондентов - А,В,С с помощью U-критерия Манна-Уитни.



Больше трудностей в непосредственном и отсроченном распознавании ранее предъявленных лиц для запоминания (20 лиц) среди других 20 лиц-дистракторов наблюдается у респондентов *старческого возраста* по сравнению с респондентами пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) (рис.1)

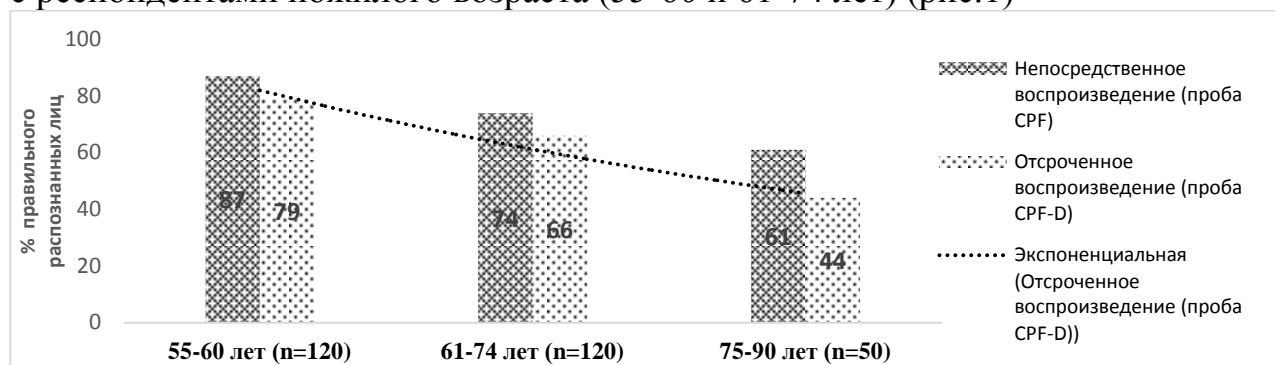


Рис.1. Правильное распознавание лиц при непосредственном и отсроченном воспроизведении у респондентов трех возрастных групп

Меньше всего ошибок в распознавании ранее предъявленных лиц среди лиц-дистракторов наблюдается у респондентов 55-60 лет. У респондентов 61-74 лет и 75-90 лет *затрачивалось больше времени* на выбор правильного ответа как при непосредственном, так и отсроченном распознавании лиц (табл.3). Респонденты начинали сомневаться видели ли они предъявленные лица ранее. Преобладал выбор неопределенных ответов при узнавании запоминаемых лиц, что говорит о *феномене иллюзии памяти*. При *непосредственном воспроизведении* лиц по памяти респонденты 55-60 лет сумели вспомнить в среднем 17 (85%) лиц, 61-74 лет – 15 (75%) лиц, а в группе 75-90 лет – 9 (45%) из 20 предъявляемых для запоминания лиц. При отсроченном воспроизведении через 40 минут респонденты 55-60 лет сумели вспомнить в среднем 15(75%), 61-74 лет – 11 (55%) и группа 75-90 лет лишь 6 (30%) лиц из ранее предъявленных 20 лиц. Таким образом *к симптомам нарушения памяти на лица* в позднем возрасте следует относить: снижение объема запоминаемого материала при непосредственном и отсроченном воспроизведении; трудности в распознавании запоминаемого материала среди лиц-дистракторов с преобладанием большего времени при выборе правильного ответа; увеличение ошибочных выборов; преобладании неопределенной оценки (феномен иллюзии памяти) или ложного узнавания. При непосредственном распознавании лиц по памяти наблюдается *феномен смещения к своему возрасту*, т.е. лучше вспоминаются лица примерно или около своего возрастного диапазона (46-65 лет), в отличие от лиц молодого возраста (26-45 лет) (табл.4).

Таблица 4



Специфика воспроизведения лиц по памяти у респондентов трех возрастных групп

Параметры оценки		55-60 лет (А)		61-74 лет (В)		75-90 лет (С)		Попарное сравнение
		n=120		n=120		n=50		
		М	SD	М	SD	М	SD	
Непосредственное воспроизведение	Воспроизведение лиц людей 26-45 лет [20]	13,9	0,61	12,4	0,59	9,3	0,65	AB*, AC**, BC**
	Воспроизведение лиц людей 46-65 лет [20]	18,8	1,114	18,4	0,75	17,05	0,51	AC*, BC*
	Воспроизведение европеоидных лиц [33]	30,2	0,69	29	0,9	26,1	0,59	AB*, AC**, BC*
	Воспроизведение негроидных лиц [7]	2,51	1,15	2,11	1,08	1,22	0,5	AC*

Примечание. В квадратных скобках указан максимальный баллы по компонентам теста. ** - $p < 0,01$, * - $p < 0,05$ при попарном сравнении возрастных групп респондентов - А, В, С с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Из таблицы 4 видно, что у респондентов трех возрастных групп наблюдается эффект другой расы при распознавании эмоций, что указывает на роль социального восприятия в кодировании эмоциональной информации. Наличие этих перцептивных феноменов указывает на наличие мотивационного положительного смещения как эмоционального индивидуального ресурса, который компенсирует изменения в когнитивных ресурсах.

На третьем этапе был проведен корреляционный анализ:

– *Преморбидные когнитивные и социальные ресурсы.* У респондентов трех возрастных групп общий распознавание эмоций при непосредственном и отсроченном воспроизведении сопряжено с уровнем образования и семейным статусом. У респондентов 61-74 лет рабочий статус вносит вклад в непосредственное и отсроченное воспроизведение лиц по памяти. У респондентов 55-60 лет наличие рабочей занятости вносит вклад в отсроченное, а в группе 75-90 лет в непосредственное воспроизведение лиц по памяти.

– *Психологическое благополучие.* У респондентов трех возрастных групп наблюдаются связи наличия симптомов депрессии, субъективного чувства одиночества с непосредственным и отсроченным воспроизведением лиц по памяти. В группах 61-74 и 75-90 лет наблюдается сопряженность изменений в когнитивном функционировании с отречённым воспроизведением лиц по памяти. У респондентов трех возрастных групп удовлетворенность качеством жизни, психологическим здоровьем и социальными отношениями вносят вклад в оба вида воспроизведения лиц по памяти. У респондентов 61-74 и 75-90 лет удовлетворенность физическим здоровьем сопряжена с непосредственным и отсроченным воспроизведением лиц по памяти.



На четвертом этапе, с помощью регрессионного анализа были выделены предикторы, влияющие на запоминание лиц в позднем возрасте. *Преморбидный когнитивный ресурс* – уровень образования и *социальный ресурс* – семейный статус выступают предикторами, влияющими на непосредственное и отсроченное воспроизведение лиц по памяти в позднем возрасте. У респондентов 61-74 *рабочий статус* выступает фактором, влияющим изменения в памяти на лица. Изменения в удовлетворенности качеством жизни, наличие симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества выступают предикторами, воздействующими на способность запоминать лица других людей. У респондентов 61-74 и 75-90 лет изменения в *когнитивном функционировании* выступают предикторами, влияющим на изменения в узнавании лиц.

Литература

1. Функциональный диагноз в психиатрии /А.П. Куцюбинский, Н.С. Шейнина, Г.В. Бурковский.- СПб.: СпецЛит.-2013.- 231 с.
2. Derntl B., Habel U. Deficits in social cognition: a marker for psychiatric disorders? // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2011. Vol. 261. № 2. P. 145-149.
3. Ebner N.C., Johnson M.K. Young and older emotional faces: Are there age group differences in expression identification and memory? //Emotion. 2009. Vol 9. № 3. P. 329-339.
4. Ferris S.H., Crook T. Facial recognition memory deficits in normal aging and senile dementia // J Gerontol. 1980. Vol. 35. №5. P.707-714.
5. Guyer A. E., Choate V.R., Grimm K. J. Emerging depression is associated with face memory deficits in adolescent girls // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011. Vol. 50. № 2. P. 180–190.
6. Henry J.D., von Hippel W., Molenberghs P., et al. Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders // Nat Rev Neurol. 2016. Vol.12. №1. P.28-39.
7. Moran J.M., Jolly E., Mitchell J.P. Social-cognitive deficits in normal aging //J Neurosci. 2012. Vol. 32. №16. P. 5553–5561.
8. Natelson Love M., Ruff G., Geldmacher D. Social Cognition in Older Adults: A Review of Neuropsychology, Neurobiology, and Functional Connectivity //Medical & Clinical Reviews 2015. Vol. 1. № 1. P. 1-8.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ СТАТИСТИКИ В ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ К ПРОЦЕССУ ОБУЧЕНИЯ

Микрюкова Е.Ю.

к.п.н., старший преподаватель

Курский государственный медицинский университет, РФ, г.Курск

В статье осуществлен анализ правомерности применения методов математической статистики для решения практических задач психологического сопровождения младших школьников.

Ключевые слова: методы математической статистики, социально-психологическая адаптация, психологическое сопровождение.

USE OF METHODS OF MATHEMATICAL STATISTICS IN RESEARCH OF SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF YOUNG SCHOOLCHILDREN TO THE PROCESS OF TRAINING

Mikryukova E.Y.

The article analyzes the legitimacy of applying mathematical statistics methods to solve practical problems of psychological accompaniment of younger schoolchildren.

Keywords: methods of mathematical statistics, socio-psychological adaptation, psychological support.

Неоспорима актуальность использования методов математической статистики в работе современного психолога, благодаря которым появляется возможность проанализировать объемный массив информации, учесть различное количество факторов, а также получить содержательный вывод по обработанному материалу.

Применение методов математической статистики практическим психологом непременно связано с его профессиональной деятельностью: диагностической, коррекционно-развивающей, консультативной, исследовательской, психотерапевтической и т.д. [3]



В качестве примера использования методов математической статистики в практической деятельности психолога, нами было проведено исследование социально-психологической адаптации младших школьников к процессу обучения.

Наиболее важным моментом в психическом развитии ребёнка является переход к школьной жизни. Первоклассник вынужден резко изменить образ жизни, в короткие сроки научиться выполнять новые требования и обязанности. В данном контексте психологи выделяют личностную и коммуникативную готовности ребенка к школе. [2]

Коммуникативная готовность определяется как формирование у детей качеств, благодаря которым они могли бы общаться с другими детьми, учителями. Новоиспеченному школьнику необходимо обладать достаточно гибкими способами установления взаимоотношений с другими ребятами, научиться уступать. [8] Другими словами, социально-психологический компонент предполагает развитие у ребенка потребности общения со сверстниками, умения подстраиваться под интересы класса, справляться с различными ситуациями школьного обучения. [1]

Согласно результатам исследований психологов, работающих с первоклассниками, можно выделить три уровня социально-психологической адаптации детей к обучению в школе [6]:

1. высокий (первоклассник положительно относится к школе, предъявляемые требования воспринимает адекватно; учебный материал усваивает легко; глубоко и полно овладевает программным материалом; решает усложненные задачи, прилежен, внимательно слушает указания, объяснения учителя, выполняет поручения без внешнего контроля; проявляет большой интерес к самостоятельной учебной работе (всегда готовится ко всем урокам), общественные поручения выполняет охотно и добросовестно; занимает в классе благоприятное статусное положение);

2. средний (первоклассник положительно относится к школе, ее посещение не вызывает отрицательных переживаний, понимает учебный материал, если учитель излагает его подробно и наглядно, усваивает основное содержание учебных программ, самостоятельно решает типовые задачи, сосредоточен и внимателен при выполнении заданий, поручений, указаний взрослого, но при его контроле; бывает сосредоточен только тогда, когда занят чем-то для него интересным (готовится к урокам и выполняет домашние задания почти всегда); общественные поручения выполняет добросовестно, дружит со многими одноклассниками);

3. низкий (первоклассник отрицательно или индифферентно относится к школе; нередки жалобы на нездоровье; доминирует подавленное настроение; наблюдаются нарушения дисциплины; объясняемый учителем материал



усваивает фрагментарно; самостоятельная работа с учебником затруднена; при выполнении самостоятельных учебных заданий не проявляет интереса; к урокам готовится нерегулярно, необходимы постоянный контроль, систематические напоминания и побуждения со стороны учителя и родителей; сохраняет работоспособность и внимание при удлинённых паузах для отдыха, для понимания нового и решения задач по образцу требуется значительная учебная помощь учителя и родителей; общественные поручения выполняет под контролем, без особого желания, пассивен; близких друзей не имеет, знает по именам и фамилиям лишь часть одноклассников). [5, с. 32].

Исследование социально-психологической адаптации младших школьников к процессу обучения в школе осуществлялось нами на базе МБОУ «Гимназия №44» города Курска под руководством психолога школы Золотаревой И.В. среди учащихся 1-х классов. Общее количество обследованных школьников 46 (1 «А» класс – 23 обучающихся, 1 «Б» класс – 25 обучающихся).

Тестирование проводилось психологом школы в бланковом варианте. В исследовании уровня адаптации у первоклассников использовалась методика диагностики социально-психологической адаптации, разработанная в 1954 году К.Роджерсом и Р.Даймондом. [9] Данный опросник выявляет степень адаптированности-дезадаптированности в системе межличностных отношений и в качестве оснований для дезадаптации предполагает ряд разнообразных обстоятельств: низкий уровень самопрятия, низкий уровень прятия других, то есть конфронтация с ними, эмоциональный дискомфорт, который может быть весьма различным по природе, сильную зависимость от других, то есть экстернальность, стремление к доминированию. Дети были мотивированы на добросовестное отношение к диагностическим процедурам.

Мы согласны с высказыванием Емельяновой Е.Ю. о том, что «благодаря активному использованию информационных технологий реализуются принципиально новые формы и методы обучения, направленные на совершенствование учебного процесса, его интенсификацию. Использование дидактического потенциала современных информационных технологий в развитии личности обучаемого является одним из перспективных подходов к адаптационному периоду» [4, с.71]. Поэтому при обработке результатов тестирования, нами были использованы методы математической статистики [10] и возможности приложения Microsoft Excel.

Прежде всего нами были определены статистические характеристики показателей: M - средние значения, S - стандартные отклонения, q - средние ошибки.

Среднее значение рассчитывалось по следующей формуле:

$$M = \frac{\sum (x_0 + x_1 + \dots + x_n)}{N} \quad (1)$$



где x - переменная, а N - размер выборки.

Стандартное отклонение вычисляется с использованием "несмещенного" или "n-1" метода и имеет формулу следующего вида:

$$S = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{(n-1)}} \quad (2)$$

где x - выборочное среднее значение, а n - размер выборки.

Стандартная ошибка вычислялась по следующей формуле:

$$q = \frac{S}{\sqrt{N}} \quad (3)$$

где S - стандартное отклонение, а N - размер выборки.

Далее рассчитали коэффициент линейной корреляции по Пирсону. Предполагается, что между свойствами X и Y имеется синергическая связь, если корреляция положительна и статистически значимая, и, наоборот, связь контрэргичная, если корреляция отрицательная.

$$r_{xy} = \frac{\sum (x_i - \bar{x}) \cdot (y_i - \bar{y})}{n \cdot S_x \cdot S_y} \quad (4)$$

где n - количество испытуемых; \bar{x} ; \bar{y} - средние значения x и y ; S_x , S_y - стандартные отклонения.

Результаты математико-статистической обработки эмпирических данных представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Статистические характеристики по методике диагностики социально-психологической адаптации первоклассников К. Роджерса и Р. Даймонда

№№	M	S	q
Ад	135,67	16,73	2,47
ДАд	70,72	24,78	3,65
Лж	27,41	8,07	1,19
ПС	47,70	7,64	1,13
НПС	13,87	8,51	1,26
ПД	22,35	4,06	0,60
НПД	15,22	6,40	0,94
ЭК	27,89	7,00	1,03
ЭД	12,02	6,85	1,01
ВтК	54,83	8,93	1,32
ВшК	17,48	7,23	1,07
Дмн	10,30	3,35	0,49



Вдм	17,63	5,07	0,75
Эск	14,96	3,50	0,52
А	68,07	10,93	1,61
S	57,04	23,72	3,50
L	53,16	17,93	2,64
E	46,48	29,71	4,38
I	65,22	13,40	1,98
D	64,59	11,88	1,75

Примечание:

общие шкалы: Ад – адаптивность, ДАд – дезадаптивность, Лж – лживость, ПС - принятие себя, НПС - неприятие себя, ПД - принятие других, НПД - неприятие других, ЭК - эмоциональный комфорт, ЭД - эмоциональный дискомфорт, ВтК - внутренний контроль, ВиК - внешний контроль, Дмн – доминирование, Вдм – ведомость, Эск – эскапизм;

интегральные шкалы: А – адаптация, S – самовосприятие, L - принятие других, E - эмоциональная комфортность, I – интернальность, D - стремление к доминированию;

статистические показатели: M – среднее значение, S – стандартное отклонение, q – стандартная ошибка, N=46 чел.

По результатам видно, что большинство факторов лежат в пределах среднего уровня выраженности. Однако, есть и не входящие в коридор нормы показатели: по шкале принятия себя выборка в среднем не отличается невротическим неприятием себя, а, наоборот, ориентирована на принятие индивидуальных особенностей собственной личности; по шкале эмоционального дискомфорта выборка в среднем не отличается неуверенностью в себе, тревожностью и напряженностью, однако это не говорит о противоположных качествах индивида, поскольку значение полярной шкалы (ЭК) эмоционального комфорта находится в коридоре нормы; по шкале внешнего контроля отмечается среднее значение ниже уровня нормы, что характеризует группу как не склонных к экстернальности, вместе с тем показатель интернальности не выходящий за пределы нормы указывает на несклонность к излишнему самоконтролю. [5]

По результатам исследования можно сделать вывод о том, что чем больше у обучающихся будут выражены такие качества как необщительность и внутренняя конфликтность, тем сложнее будет проходить процесс адаптации к обучению в школе. Если вовремя не скорректировать затруднения адаптации, то все вместе может привести к срыву, дальнейшей задержке в развитии и неблагоприятно отразиться на состоянии здоровья ребенка. [8]

Реализуемый нами подход к практическому изучению социально-психологической адаптации младших школьников представляется нам достаточно перспективным для дальнейших разработок программ исследований по этой проблеме, поэтому они могут быть использованы в



работе практического психолога по оказанию психолого-педагогической помощи первоклассникам.

Литература.

1. Алферов А. Д. Психология развития школьника: Учеб. пособие для студ. вузов Ростов н/Д: Феникс, 2000.
2. Вирджиния Н.. Прикладная психология / Спб., М., Харьков, Минск: Изд. "Питер", 2000г.
3. Егорова Е.Ю. Методы математической статистики в профессиональной деятельности психолога // Научное сообщество студентов XXI столетия. ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ: сб. ст. по мат. XXVIII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 1(28). URL: [http://sibac.info/archive/guman/1\(28\).pdf](http://sibac.info/archive/guman/1(28).pdf) (дата обращения: 19.11.2017)
4. Емельянова Е.Ю. Использование информационных технологий в процессе адаптации студентов младших курсов//Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Информатика и информатизация образования. 2006. № 2. С. 70-71.
5. Зимбардо Ф. Формирование самооценки / Самосознание и защитные механизмы личности. Самара, Изд. Дом "Бахрах" , 2003 г.Квинн
6. Крайг Грейс. Психология развития. – С-Пб, 2000.
7. Кулагина И.Ю., Колюцкий В. Н. Возрастная психология: Развитие человека от рождения до поздней зрелости: (Полный жизненный цикл развития человека): Учеб. пособие для студентов высших спец. учебных заведений. – М., 2001.
8. Психология развития: Учебник для студентов психологич. и пед. вузов / Под ред. Т.Д.Марцинковской. М.: Изд. центр "Академия", 2001.
9. Сапогова Е. Е. Психология развития человека: Учеб. пособие для студентов вузов. М.: Аспект Пресс, 2001.
10. Суходольский Г.В. Основы математической статистики для психологов: Учеб. пособие. С-Пб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 1998. -291с.

ОБЩЕПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭМОЦИОГЕННЫХ СИТУАЦИЙ

Никитина Д.М.¹, Баркова В.Л.²

¹Курский государственный университет, г. Курск, Россия



²**Российский государственный социальный университет, г. Москва,
Россия**

В статье представлены теоретико-методологический анализ проблемы влияния эмоциогенных ситуаций на когнитивно-аффективную сферу представителей профессий экстремального профиля, рассмотрены понятия ситуаций профессиональной деятельности, неблагоприятно влияющих на здоровье и трудоспособность человека (критические жизненные события, экстремальные условия, различные травматические жизненные события, эмоциогенные ситуации). Необходимо использование понятия эмоциогенных ситуаций, т.к. оно является наиболее обширным и описательным.

Ключевые слова: эмоциогенная ситуация, когнитивно-аффективная сфера, представители профессий экстремального профиля

THE GENERAL PSYCHOLOGICAL FOUNDATIONS OF EMOTIOGENIC SITUATIONS

Nikitina, D. M., Barkova L. V.

The article presents theoretical and methodological analysis of the problem of the influence of emotiogenic situations on the cognitive-affective sphere of the representatives of professions of extreme profile, discusses the concept of situations of professional activities that adversely affect the health and capacity of man (critical life events, extreme conditions, different traumatic life events, emotiogenic situation). It is necessary to use the concept of emotiogenic situations, because it is the most extensive and descriptive.

Keywords: emotiogenic situation, the cognitive-affective sphere, the representatives of professions of extreme profile

Поступающие в нервную систему различные внешние раздражители способны вызывать в ней соответствующие реакции, формирующие ее общий ответ на среду [3]. Эти процессы, как и все в организме [6], имеют определенные возрастные закономерности [9,11] и полностью основываются на генетической программе [1,10]. Большой интерес для различных специалистов представляет изучение процессов, лежащих в основе формирования восприятия эмоциогенных ситуаций и их влияния на высшую нервную деятельность человека, его здоровье и личностное развитие [4]. Это связано с тем, что в нашей стране, да и во всем мире число эмоциогенных ситуаций с каждым годом увеличивается, а, следовательно, увеличивается и число пострадавших в результате воздействия этих ситуаций. При этом особый



интерес специалистов привлекают не только непосредственные участники эмоциогенных событий, а те люди, чья профессиональная деятельность протекает в условиях повышенной опасности для жизни и здоровья человека [12].

Жизнь и деятельность людей протекает в постоянной череде событий, условий и обстоятельств. Часть из них имеет волнующий и проблемный характер, чревата опасностью неприятных, а порой и тяжелых последствий. Их обозначают разными словами, мало различающимися по значению, - «трудные», «сложные», «особые», «критические жизненные события», «экстремальные условия», «различные травматические жизненные события», «эмоциогенные ситуации» [8].

В современной науке существует большое количество понятий, определений ситуаций, которые неблагоприятно влияют на здоровье и трудоспособность человека. Это такие понятия как, критические жизненные события, экстремальные условия; различные травматические жизненные события; эмоциогенные ситуации. Проведем дифференциацию этих понятий.

Наиболее часто в современной литературе встречается понятие критические жизненные события. Под критическими жизненными событиями следует понимать такие события в жизни человека, которые удовлетворяют следующим трем критериям: 1) их можно датировать и локализовать во времени и пространстве, что выделяет их на фоне хронических стрессоров; 2) они требуют качественной реорганизации в структуре «индивид – окружающий мир» и этим отличаются от временной, преходящей адаптации; 3) они сопровождаются стойкими аффективными реакциями, а не только кратковременными эмоциями, как это регулярно случается в повседневной жизни. При критических жизненных событиях требуются более высокие затраты и более продолжительное время на адаптацию, чем это необходимо при действии повседневных микрострессоров, поэтому такие события принято называть макрострессовыми. Критические жизненные события называются нормативными, если их можно предсказать в силу того, что они имеют биологическую или культурную природу и с большей или меньшей вероятностью наступают у всех членов определенного культурного сообщества. Соответственно ненормативными критические жизненные события отличаются внезапностью и непредсказуемостью. Критическими могут оказаться как позитивные (желаемые, социально связанные с позитивным значением – брак, рождение ребенка и т.д.), так и негативные (нежелательные, сопровождаемые преимущественно негативными эмоциями – печалью, страхом и др.) жизненные события. В таких случаях психика по-разному подвергается стойкой нагрузке из-за необходимости адаптации. Разные последствия обуславливаются к тому же зависимостью или независимостью события. Причины так называемых



зависимых событий можно приписать, по крайней мере, частично, собственным поступкам или упущениям человека (например, разрыв сложных личных отношений). Независимые события происходят по внешним причинам (например, потеря места работы из-за закрытия фирмы) [7].

Понятие «экстремальные условия» подразумевает различные условия, выходящие за рамки обычных, в которых могут оказываться люди неожиданно, непреднамеренно, независимо от рода их деятельности и степени готовности к воздействию угрожающих факторов. Понятие «деятельность в экстремальных условиях» предполагает, прежде всего, профессиональную деятельность специально подготовленных специалистов. Экстремальные условия подразделяются на кратковременные, когда актуализируются программы реагирования, которые в человеке всегда «наготове», и на длительные, которые требуют адаптационной перестройки функциональных систем человека [12].

При кратковременных сильных экстремальных воздействиях ярко проявляются разные симптомы стресса. Кратковременный стресс – бурное расходование «поверхностных» адаптационных резервов и наряду с этим начало мобилизации «глубоких». Если «поверхностных» резервов недостаточно для ответа на экстремальные требования среды, а темп мобилизации «глубоких» недостаточен для возмещения расходуемых адаптационных ресурсов, то индивид может погибнуть при совершенно неизрасходованных «глубоких» адаптационных резервах.

Длительный стресс – характеризуется постепенной мобилизацией и расходованием и «поверхностных», и «глубоких» адаптационных резервов.

При изучении экстремальных условий деятельности сотрудников органов внутренних дел, классифицирует психотравмирующие воздействия на:

- мощные однократные (применения оружия, задержание вооруженного преступника, стихийное бедствие);
- интенсивные и многократные, требующие периода адаптации к постоянно действующим источникам стресса (несение службы при чрезвычайных обстоятельствах, участие в боевых действиях).

Была предложена классификация экстремальных факторов (стрессоров), в основу которой автор положил временной критерий. Под кратковременными стрессорами он понимает жизненные неудачи, обстоятельства, мешающие выполнению какой-либо целенаправленной деятельности, такие объекты и явления внешней среды, которые связаны с реальными опасностями, неприятными физическими ощущениями, необходимостью поддерживать высокую скорость и безошибочность в процессе труда. Долговременными стрессорами он считает долгое пребывание в условиях изоляции, длительную тяжелую работу, «военный стресс». На современном этапе развития учения о стрессе наиболее полной является классификация экстремальных факторов.



Под экстремальными, или чрезвычайными, условиями следует считать такие значения элементов ситуации, которые ощущаются и переживаются субъектом как источник дискомфорта. Под первыми он понимает такие, которые характеризуются:

1. Определенным видом воздействия - его содержательными, специфическими особенностями.
2. Продолжительностью воздействия.
3. Интенсивностью.
4. Объективной трудностью работы или достижения цели.
5. Ограниченностью времени достижения цели.
6. Дефицитом информации или неопределенностью возможных исходов.
7. Физическими, микроклиматическими, гигиеническими и другими экологическими факторами, препятствующими деятельности [5].

Эти объективные факторы могут быть действительно названы «стрессорами», т.е. первичными источниками напряжения и перенапряжения. Однако эффективность их влияния опосредуется «внутренними» факторами, к которым относят следующие:

- Субъективная значимость воздействий.
- Особенности предшествующего опыта деятельности в аналогичных ситуациях.
- Уровень развития неспецифической (индивидуальной) и специфической адаптации - здоровья, выносливости, тренированности и степени развития навыков и умений действовать в данных условиях.
- Индивидуальные особенности человека - индивидуальную выносливость и диапазон функциональных возможностей отдельных систем.
- Степень готовности к деятельности в данных условиях.
- Отношение к деятельности, мотивы и степень стремления к достижению цели, т.е. волевые качества личности.

Психотравмирующее воздействие характеризуется различной степенью внезапности и масштабности. Оно также может служить источником как объективного, так и субъективно обусловленного стресса (из-за недостаточной опытности, психологической неподготовленности, низкой эмоциональной устойчивости) [2].

Предлагают представить экстремальность как континуум, который включает, по крайней мере, три степени ее выраженности, или три типа следующих ситуаций: трудные, параэкстремальные и экстремальные. Для всего ряда характерно постепенное нарастание экстремальности: трудная ситуация характеризуется достаточно сложной для данного субъекта задачей,



повышенной значимостью этой задачи; вторая и третья степени (параэкстремальная и экстремальная ситуации) характеризуются строгими условиями, риском, высокой ценой возможной ошибки, а экстремальная также и тем, что от разрешения этой ситуации зависит дальнейшее существование субъекта («быть или не быть вообще») [7].

Была предложена классификация экстремальных факторов (стрессоров), в основу которой автор положил временной критерий. Под кратковременными стрессорами он понимает жизненные неудачи, обстоятельства, мешающие выполнению какой-либо целенаправленной деятельности, такие объекты и явления внешней среды, которые связаны с реальными опасностями, неприятными физическими ощущениями, необходимостью поддерживать высокую скорость и безошибочность в процессе труда. Долговременными стрессорами он считает долгое пребывание в условиях изоляции, длительную тяжелую работу, «военный стресс» [6].

Под травматическим жизненным событиями понимают «экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуация угрозы жизни для самого себя или значимых близких», которые нарушают чувство безопасности и вызывают переживание травматического стресса, что становится причиной возникновения ПТСР. К этим событиям относятся стихийные бедствия, техногенные катастрофы, террористические акты, диверсии, массовое насилие, боевые действия, пытки и так далее.

Под «обычным» же человеческим опытом, способным вызвать психологический стресс, понимаются такие события, как утрата близкого человека, произошедшая в силу естественных причин, хроническая тяжелая болезнь, потеря работы или семейный конфликт [5].

Травматическое событие выступает в качестве основного стрессора при психической травме. Травматическим событие называется тогда, когда источник психотравмирующего воздействия связан со смертью, угрозой смерти, ранением или другой угрозой физическому и личному благополучию. Все выше перечисленные понятия (критические жизненные события; экстремальные условия; различные травматические жизненные события; эмоциогенные ситуации.) можно отнести к единому классу, классу эмоциогенных ситуаций [12].

Именно оценка является первым шагом на пути создания эмоциогенной ситуации, а не сами по себе обстоятельства. Обстоятельства являются лишь предпосылкой возникновения эмоциогенной ситуации, а эмоциогенными становятся только те ситуации, которые оцениваются человеком как значимые. Каждая ситуация для человека субъективна (плохая, хорошая или нейтральная, опасная или не опасная, выгодная или не выгодная, задевающая его интересы или нет, и т. д.). Продемонстрировано на эмоциональности беременных



женщин, которая приобретает эгоцентрический характер. У них наблюдается сужение диапазона источника эмоциональных переживаний. Наибольшую зависимость для большинства из них приобретают лично значимые события – все, что относится к самой женщине или ожидаемому ребенку. Социально значимые события, общественные процессы отходят на второй план. Ни одна из обследованных женщин не отмечала значительные, государственного масштаба, общественные и экономические явления в качестве источников эмоциональных переживаний. Беременную женщину радует, прежде всего, ожидание рождения ребенка, ощущение его активности внутри себя. В то же время она безболезненно реагирует на критические замечания в свой адрес [4].

Предлагают следующую классификацию эмоциогенных ситуаций:

1. недостаточность приспособительных возможностей. Эмоция возникает часто потому, что субъект не может или не умеет дать адекватный ответ на стимуляцию. Нерешительность человека, захваченного врасплох, превращается в эмоциональные реакции под прямым влиянием побуждения к действию, которое не находит выхода в реальной ситуации.

В целях классификации разнообразных ситуаций мы сгруппируем по трём рубрикам: новизна, необычность, внезапность, сознавая, что многие ситуации обладают несколькими из этих признаков.

1) Новизна. Ситуации являются новыми, когда мы совсем не подготовлены к встрече с ними. Возникающее возбуждение может разрядиться лишь в виде эмоциональных реакций. По мере выработки адекватной реакции происходит уменьшение эмоциональных реакций.

2) Необычность. Есть ситуации которые даже при повторении будут всегда новыми, потому что на них нет «хороших ответов». К этим ситуациям относятся также и те, которые, несмотря на возможные изменения, остаются потенциально неопределёнными, это темнота, в меньшей степени одиночество и образы воображения.

3) Внезапность. «Удивление – важная причина эмоций». Эмоция вызываемая удивлением, является одной из самых известных и относится к числу наиболее изучаемых в лабораторных условиях. Чтобы понять ее специфику, следует отличать ее от новых и необычных стимуляцией внезапность которых усиливает их эмоциогенность [12].

Реакции на новизну, необычность, внезапность сходны между собой. Наиболее простая их форма соответствует генерализованному возбуждению.

«Возбуждение – это наш ответ на ситуацию, вызывающую, по нашему мнению, нечто иное, чем простой и привычный ответ».

2. Избыточная мотивация.

То что вызывает сильную мотивацию, или, точнее, избыточную мотивацию, является причиной эмоциональных реакций. Необходимо ещё раз



подчеркнуть тот факт, что специфически эмоциогенных ситуаций не существует. Мы рассмотрим лишь некоторые типичные случаи, которые, впрочем, имеют сложный характер.

1) Избыточная мотивация, не находящая применения. Часто избыточная мотивация возникает из-за несоответствия между состоянием мотивации субъекта и обстоятельствами, которые не позволяют ему действовать.

А) избыточная мотивация перед действием: волнение. В тех случаях, когда человек сильно заинтересован в каком-то трудном деле, мотивация мешает ему отвлечься и думать о чём-то другом. Он испытывает волнение и тревогу, которая выражается возбуждением и в неприятных вегетативных реакциях.

Б) избыточная мотивация после действия.

2) Избыточная мотивация в социальном поведении. Действие, легко осуществляемое, когда человек один, становится трудным, как только его нужно выполнить в присутствии другого. Валлон указывает, что при этом возникает на присутствие других лиц, вызывающая расстройство постуральных функций. Жане дает более общее объяснение. Социальное поведение должно учитывать более сложную ситуацию, и, следовательно, оно является более трудным. Перейти от индивидуального поведения к социальному – значит отдать его на суд другого и даже превратить его в соперничество.

3. Избыточная мотивация при фрустрации. Фрустрация возникает всякий раз, когда физическое, социальное и даже воображаемое препятствие мешает или прерывает действие, направленное на достижение цели. Фрустрация создает, таким образом, наряду с исходной мотивацией новую, защитную мотивацию, направленную на преодоление возникшего препятствия. Прежняя и новая мотивации реализуются в эмоциональных реакциях, иначе они оказались бы заблокированными и неиспользованными. Не удивительно, что типичные реакции на фрустрацию представляют собой все типы эмоциональных реакций в том смысле, в каком мы их определили [6].

А) Агрессивность. – Самой распространенной реакцией на фрустрацию является возникновение генерализованной агрессивности, направленной чаще всего на препятствия. Адекватная реакция на препятствие состоит в том, чтобы преодолеть или обойти его, если это возможно; агрессивность, быстро переходящая в гнев, проявляется в бурных и неадекватных реакциях.

Б) Регрессия. – Это типичный результат фрустрации служит прекрасной иллюстрацией того, что мы говорили о природе эмоций. Трудная задача заменяется более легкой.

В) Отступление и уход.- Гейтс в своём исследовании установил, что в некоторых случаях субъект реагирует на фрустрацию уходом (например, выходит из комнаты), сопровождаемым агрессивностью, которая не



проявляется открыто, если только он не замыкается в себе и не замышляет ничего плохого. В этом случае говорят о фиксации.

4. Избыточная мотивация при конфликтах. Между фрустрацией и конфликтом трудно провести различия, однако обычно считают, что конфликт возникает тогда, когда у индивида имеется одновременно два несовместимых друг с другом побуждения действовать. Конфликты являются главной причиной эмоций.

Таким образом, в результате проведенного теоретико-методологического анализа проблемы влияния эмоциогенных ситуаций на когнитивно-аффективную сферу представителей профессий экстремального профиля, мы рассмотрели понятия ситуаций профессиональной деятельности, неблагоприятно влияющих на здоровье и трудоспособность человека (критические жизненные события, экстремальные условия, различные травматические жизненные события, эмоциогенные ситуации). Мы считаем необходимым использование понятия эмоциогенных ситуаций, т.к. оно является наиболее обширным и описательным.

Литература

1. Амелина И.В. Взаимосвязь активности ядрышкообразующих районов хромосом и соматометрических показателей у человека / И.В. Амелина, И.Н. Медведев // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. -2009.- Т. 147.- № 1.- С. 82-85.
2. Васильева О.С. Экстремальные ситуации и предельные возможности человека / О.С.Васильева, Ф.Р.Филатова // Психологический журнал.- 2000.- Т. 23.- №3.- С. 130-131.
3. Завалишина С.Ю. Физиология возбудимых тканей. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлениям подготовки (специальностям) 11801 – ветеринария и 111100 – зоотехния / С.Ю.Завалишина.- М-во образования и науки Российской Федерации, Курский институт социального образования (филиал) РГСУ. –Курск.- 2012.-120с.
4. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р.Комер. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК.- 2002.- 500с.
5. Короленко Ц.П. Психология человека в экстремальных условиях/ Ц.П. Короленко. – Москва.- 1989.- 304 с.
6. Кутафина Н.В. Тромбоцитарная агрегация у клинически здоровых лиц второго зрелого возраста, проживающих в Курском регионе / Кутафина Н.В., Медведев И.Н. // Успехи геронтологии. -2015.- Т.28.- № 2. -С.321-325.
7. Леонтьев Д.А. Деятельность. Сознание. Личность / Д.А.Леонтьев. -М.: Политиздат.- 1977. -304 с.



8. Магомед-Эминов М.Ш. Личность и экстремальные жизненные ситуации / М.Ш. Магомед-Эминов // Вестник МГУ. Серия 14, Психология. -1996.- №4.- С.26-35.
9. Медведев И.Н. Нейропсихологические изменения когнитивных функций при переходе из пожилого возраста в старческий / И.Н.Медведев // Успехи геронтологии.- 2015. -Том.28.- №3.- С.479-483.
10. Медведев И.Н. Выраженность хромосомных aberrаций и активность ядрышкообразующих районов хромосом среди коренных жителей Курского региона / И.Н.Медведев, И.В. Амелина // Вестник Московского университета. Серия 23: Антропология.- 2014.- №2.- С.109-113.
11. Медведев И.Н. Физиологические механизмы зрительной невербальной памяти у детей в шестилетнем возрасте / И.Н. Медведев, Н.А. Никишина // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - 2015.- Т.159.- № 5.- С.537-540.
12. Хайкин В.Л. Феномен активности в развитии личности: дис. ... доктора психол. наук. – М.- 2001.- 413 с.

ВИДЫ АГРЕССИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Никитина Е.А.¹, Кобзарь Т.А.²

**¹ФГБОУ ВО «Юго-Западный государственный университет»
Минобрнауки России, г. Курск, Россия,**

**²МБОУ «СОШ с углубленным изучением отдельных предметов
художественно-эстетического цикла № 27 имени А.А. Дейнеки», г. Курск,
Россия**

В статье представлены результаты эмпирического исследования выявления уровня выраженности различных видов агрессивности в подростковом возрасте. Преобладающим видом является косвенная агрессия, не имеющая конкретного направления. Выявлены высокие показатели индекса агрессивности, а также вербальной агрессии. Показатели индекса враждебности находятся в диапазоне средних значений и соответствуют нормативным показателям.

Ключевые слова: агрессия, агрессивность, физическая агрессия, косвенная агрессия вербальная агрессия, раздражение, негативизм, обида, подозрительность, чувство вины, подростковый возраст

TYPES OF AGGRESSION IN ADOLESCENCE



Nikitina E. A., Kobzar T. A.

The article presents the results of an empirical study to identify the level of severity of different types of aggression in adolescents. The main contribution to the value of the index of aggressiveness of adolescents makes indirect aggression, not having a specific direction. Identified, a high index of aggressiveness, and verbal aggression. The index of hostility are in the range of average values and correspond to the standard indicators.

Key words: aggression, aggressiveness, physical aggression, indirect aggression, verbal aggression, irritability, negativism, resentment, suspicion, guilt, adolescence

В настоящее время проблема агрессивности подростков остается актуальной и недостаточно разработанной, что соотносится с данными информационных баз данных РИНЦ. Осуществляя библиометрический анализ по ключевым словам «агрессивность» на базе Научной электронной библиотеки Elibrary за последнее десятилетие (2006-2016 г.г.), было выявлено 26102 научных публикаций, что указывает на значительный исследовательский интерес к изучению агрессивности. С одной стороны, наблюдается устойчивая тенденция распространённости форм девиантного поведения (а агрессивное поведение является одной из форм девиантного поведения); с другой стороны – сензитивностью подросткового возраста к социально-психологическим воздействиям с целью первичной и вторичной профилактики девиантных форм поведения в данном возрасте [2, 3].

Понятие агрессивности, рассматриваемой в рамках данной работы как свойство личности, характеризуется наличием деструктивных тенденций, преимущественно в области субъектно-объектных отношений [1].

Цель работы состоит в изучении видов агрессивности у подростков.

Исследование проводилось на базах средних общеобразовательных школ г. Курска. В исследовании приняли участие 30 подростков в возрасте 12-14 лет. Исследование осуществлялось на условиях информированного согласия. Выборка уравнивалась по полу (14 девочки, 16 мальчиков).

В качестве методов использовались: теоретические; эмпирические: наблюдение, беседа, психодиагностические методы (опросник Басса-Дарки для исследования агрессивных реакций).

В психологической традиции можно выделить следующие направления, в рамках которых рассматривалась агрессивность как психологический феномен: психоаналитическая теория (З. Фрейд), эволюционная теория (К. Лоренц);



фрустрационная теория агрессии (Д. Доллард, Н. Миллер); поведенческий подход к агрессии (А. Басс, А. Бандура) [4, 5].

В нашей работе в качестве рабочего определения мы будем использовать понятие агрессии, предложенное авторами Бэрном Р., Ричардсоном Д., согласно которому последняя рассматривается как целенаправленное деструктивное поведение, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), противоречащее социальным нормам и правилам, причиняющее физический вред людям или вызывающее у них отрицательные переживания, состояния напряженности [1].

Обращаясь к вопросу типологии агрессивности, представим виды агрессии, выделенные автором. Физическая агрессия - использование физической силы против другого лица или объекта. Косвенная агрессия - непрямым путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная. Вербальная агрессия - выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание вербальных ответов (проклятия, угрозы). Раздражение - готовность к проявлению негативных чувств даже при незначительном возбуждении (вспыльчивость, грубость). Негативизм - оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев, законов, общепринятых норм и правил. Обида - зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия. Подозрительность - проявляется в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред. Чувство вины - возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

В результате эмпирического исследования с учетом гендерных различий получены следующие данные. По параметру «физическая агрессия» средние значения у мальчиков 7,38, у девочек 6,71; по параметру «вербальная агрессия» 6,77 и 7,65; по «косвенной агрессии» 6,31 и 6,47; по «негативизму» 4,04 и 4,18; по параметру «обида» 3,92 и 4,12; по параметру «подозрительность» 5,15 и 4,29; по параметру «раздражение» 8,04 и 8,97; «чувство вины» 8,00 и 6,88. Также были осуществлены расчеты индекса агрессивности, среднее значение которого превосходит у девочек 20,46 и 20,82 и индекс враждебности, который более выражен у мальчиков 9,08 и 8,41.

По результатам можно сказать, что средние значения по большинству показателей агрессивных реакций (физическая и вербальная агрессия, негативизм, обида, подозрительность, чувство вины) находятся в диапазоне средних значений, соответствующим нормативным показателям. Основной вклад в величину индекса агрессивности подростков вносит косвенная агрессия, не имеющая конкретного направления. У подростков выявлены



высокие показатели индекса агрессивности, характеризуемого физической агрессией, проявляющиеся в использовании физической силы, косвенной агрессией, не имеющей конкретного направления, а также вербальной агрессией, проявляющейся через выражение негативных чувств как в форме, так и в содержании вербальных (речевых) ответов (угрозы, проклятия, брань и т.д.). При этом показатели индекса враждебности, характеризующегося обидой (в форме зависти и ненависти к окружающим за реальные и вымышленные действия) и подозрительностью (в форме недоверия и осторожности по отношению к людям) находятся в диапазоне средних значений и соответствуют нормативным показателям. Враждебность определяется как реакция, развивающая негативные чувства и негативные оценки по отношению к другим людям и событиям, в целом, в рамках данного исследования рассматривается как пассивный вариант агрессии.

На основе полученных результатов исследования можно разработать рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению агрессивных подростков с целью оптимизации эффективности их межличностного взаимодействия.

Литература

1. Бэрн Р. Агрессия / Р.Бэрн, Д.Ричардсон. - СПб: Питер.- 2001. – 352 с.
2. Кольцов М.В. Особенности агрессивности подростков с различным уровнем развития эмпатических способностей / М.В. Кольцов // Теория и практика общественного развития. -2013.- № 1.- С. 82-84.
3. Крючкова А.Б. Особенности формирования психологической структуры агрессивности у детей и подростков / А.Б. Крючкова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика.- 2009.- № 3. –С. 94-98.
4. Лоренц К. Агрессия / К.Лоренц: Пер. с нем. - М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс».-1994. - 272 с.
5. Фрейд З. Психология бессознательного / З.Фрейд: Сб. произведений / Сост. Науч. ред, М. Г. Ярошевский.— М.: Просвещение, 1990.— 448 с.



ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

Огнев А.С., Лихачева Э.В.

АНО ВО «Российский новый университет», г. Москва, Россия

В статье рассматриваются возможности айтрекинга для выявления скрываемой информации методом множественных сравнений зрительных образов.

Ключевые слова: психодиагностика, психосемантика, айтрекер, социометрия, ценности, предпочтения личности

OPPORTUNITIES AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF INSTRUMENTAL PSYCHO

Ognev A. S., Likhachev, E. V.

The article considers the possibility of eyetreking for the detection of hidden information by the method of multiple comparisons of visual images.

Key words: psychodiagnostics, psychosemantics, eyetreker, sociometry, values, personal preferences

Ускоряющееся развитие технических средств регистрации психофизиологической активности человека уже привело к скачкообразному росту возможностей для психолого-педагогических исследований. Но многое из того, что нам уже позволяет делать техника, остается зачастую невостребованным. Разработчики технических средств исследования стали заметно опережать тех, кто занимается созданием эффективных методов их применения.

В связи с указанной проблемой особо пристального внимания психолого-педагогического сообщества требуют такие методы исследования, как высокочастотная компьютерная регистрация глазо-двигательной активности человека. Производство необходимого для этого оборудования в последнее время приобретает массовый характер, а высокий уровень автоматизации обработки данных позволяет справиться с ролью оператора практически любому владельцу персонального компьютера. Тем не менее, изучение возможностей этих методов и последствий их применения все еще носит



фрагментарный характер. Из-за этого исследователи зачастую не в состоянии распорядиться уже имеющимися ресурсами, а лишённые научного фундамента практики вынуждены ориентироваться на интуицию и жизненный опыт. Поэтому в первую очередь нами определялись возможные пути и оптимальные режимы использования указанных технических средств для решения психодиагностических задач [1,2]. С учетом природы этих методов особое внимание в проведенных исследованиях уделялось методикам работы с визуальными стимулами [3]. По нашему мнению, это позволит проводить более глубокое изучение психолого-педагогического воздействия на ребенка используемого в обучении графического материала, выявлять особенности отношений друг к другу различных участников образовательного процесса, давать более детальную оценку результатам коррекционной работы. По всей вероятности, такие методы могут быть использованы для выявления лиц, склонных к противоправной деятельности. Эти методы могут войти в арсенал немедикаментозных средств предварительного отбора учащихся, имеющих отношение к распространению и употреблению наркотических и психотропных препаратов. Демонстрация действенности подобных средств диагностики и регулярность их проведения могут войти в число средств профилактики наркотической зависимости и иных видов правонарушений.

Для определения возможных путей и оптимальных режимов использования сведений о направленности взора при решении психодиагностических задач нами была использована высокочастотная система трекинга глаз SMiNi-Speed 1250. Анализ перемещения взора проводился с помощью программы BeGaze™, с помощью которой выделялись области фиксации взгляда, строились «тепловые» карты и карты внимания.

Ключевыми особенностями проведенного исследования были: 1) анализ направленности взора при одновременном предъявлении нескольких визуальных стимулов; 2) психосемантическая аттестация используемых визуальных стимулов; 3) многократно повторяющееся одновременное предъявление стимулов с изменением их взаимного расположения на экране.

В общей сложности в этой части исследования приняло участие более 500 испытуемых. Возможности айтрекинга в плане выявления причастности тестируемых к определенным событиям определялись путем их деления случайным образом на две равные группы. Первая группа получала запечатанные конверты со следующим заданием: войти в определенное помещение, разрисовать лежащую на столе фотографию зеленым фломастером и забрать с собой находящуюся там же белую зажигалку. Вторая группа получала запечатанные конверты с заданием, согласно которому им нужно было просто войти в ту же комнату, а затем просто ее покинуть, не производя в ней никаких иных действий.



Для определения того, какое из заданий выполнялось испытуемыми, на экране айтрекера в различных сочетаниях одновременно предъявлялись четыре серии фотографий. Первая серия содержала четыре фотографии мужчин, вторая – четыре фотографии фломастеров одной и той же марки, но разного цвета, третья серия – четыре фотографии однотипных зажигалок, отличающиеся только цветом их корпуса. В каждую серию визуальных стимулов входило по одному снимку предметов, манипуляции с которыми предусматривались заданиями для второй группы испытуемых.

Причастность испытуемого к первой группе проявлялась в равномерном распределении «горячих зон» между всеми визуальными стимулами. Причастность ко второй группе испытуемых проявлялась у участников эксперимента в избирательности внимания к изображениям предметов, манипуляции с которыми они совершали. Они либо демонстрировали повышенное внимание к таким изображениям, либо старались их игнорировать. Точность выявления причастности к первой и второй группе составила более 80%.

Для выявления с помощью айтрекинга личных предпочтений человека нами была сделана подборка визуальных стимулов с выраженной эмоциональной окраской изображений. Первичный отбор таких визуальных стимулов проводился методом экспертных оценок. Затем производилась отбраковка стимулов по итогам их психосемантической аттестации. Окончательный отбор стимулов производился на основе пилотных экспериментов.

Первая серия экспериментов с отобранными таким образом стимулами проводилась путем поочередного выведения на экран айтрекера сначала одиночных стимулов, затем одновременно пары стимулов, затем четырех, шести и, наконец, восьми стимулов. При одновременном экспонировании двух и более стимулов на экран выводилось равное число изображений, вызывающих у большинства испытуемых положительные и отрицательные эмоции. Анализ групповых «тепловых» карт и карт внимания, полученных в результате суммарного наложения индивидуальных сессий всех испытуемых, показал, что при одновременном экспонировании нескольких визуальных стимулов взгляд испытуемых непроизвольно более длительное время фиксируется на позитивно нагруженных изображениях. Это дает возможность разделять субъективно принимаемые и отвергаемые стимулы, определять, что для испытуемого связано с отрицательными, а что с положительными эмоциями.

Для определения оптимальных режимов тестирования нами с экспозицией в 10 секунд пошагово предъявлялись шесть, восемь, двенадцать, четырнадцать, восемнадцать, двадцать стимулов. Затем число стимулов



менялось в обратном порядке: восемнадцать, шестнадцать и так далее. В результате было установлено, что зависимость эффективности регистрации направленности взгляда от числа одновременно предъявляемых стимулов носит нелинейный характер. По мере увеличения числа стимулов от одного до восьми – десяти удается отчетливо зафиксировать субъективные предпочтения испытуемых. Дальнейшее увеличение числа стимулов ведет к непрерывному снижению эффективности определения индивидуальных предпочтений. При определении оптимальной длительности непрерывной работы испытуемого использовалось несколько циклов увеличения числа одновременно предъявлявшихся стимулов. Кроме того, использовались различные пропорции позитивных и негативных стимулов (равное число, варианты с преобладанием негативных стимулов, варианты с преобладанием позитивных стимулов, только негативные, только позитивные), а также их различные комбинации. Также установлено, что время проведения одной экспериментальной сессии не должно превышать 7-10 минут. При работе с прибором указанного типа более длительное время непрерывного экспонирования визуальных стимулов вызывает у испытуемых утомление, нередко провоцирует нежелательное слезоотделение.

Для определения смысловых связей между текстовыми и рисуночными стимулами были составлены одиннадцать словесных пар, образующих семантический дифференциал, с помощью которого можно выявлять субъективные представления испытуемого о степени своей успешности в жизни. Для каждой словесной характеристики были подобраны связанные с ними по смыслу изображения людей и фотографии животных. В ходе эксперимента в каждом очередном предъявлении испытуемый видел на экране помимо словесного стимула, связанных с ним по смыслу изображений людей и животных еще и свою собственную фотографию. Полученные по итогам этой серии экспериментов «тепловые карты» сравнивались с результатами предварительного бланкового тестирования каждого испытуемого с помощью семантического дифференциала, составленного из того же набора парных словесных характеристик личности. Сопоставление рангов стимулов на «тепловых картах» и баллов бланкового варианта семантического дифференциала показало совпадение получаемых с их помощью оценок более чем на 80%. При этом, практически все испытуемые в устных самоотчетах заявляли о том, что смену некоторых слов на экране они не заметили. Тем не менее, на «тепловых картах» отчетливо видна смена областей повышенного внимания в соответствии с новым контекстом, заданным новым вербальным стимулом.

Нами также обнаружен эффект смены порождаемого информационным контентом дискурса. Под дискурсом в рамках данного исследования мы



понимаем используемые испытуемыми объяснения своего реагирования на предъявляемые стимулы. Смена дискурса происходила в нашем случае за счет изменения пропорции и расположением его рисуночных и текстовых элементов. Практически все испытуемые при появлении на экране единичного рисунка в окружении текста, задание «просто смотреть на экран» переформулировали для себя следующим образом: надо найти в тексте то, что символически показано на рисунке, надо рассматривать только такие фрагменты теста. Единичное слово в окружении нескольких рисунков, не смотря на задание «просто смотреть на экран», трактовалось испытуемыми как задание выбрать и рассматривать только те рисунки, которые имеют смысловую связь с указанным словом. Это происходило даже в том случае, когда вместе с различными рисуночными и текстовыми элементами на экране была представлена и фотография самого испытуемого.

1. Доказана принципиальная возможности успешного использования айтрекинга для выявления скрываемой информации («детекции лжи») методом множественных сравнений зрительных образов. Метод реализуется путем одновременного предъявления испытуемому нескольких визуальных стимулов. В качестве таких стимулов должны быть использованы изображения однотипных предметов, равные по своей релевантности для испытуемых, не причастных к некоторому событию. Для лиц, причастных к расследуемому событию, часть таких стимулов должна быть существенным образом связана с совершенными поступками.

2. Показано, что при одновременном экспонировании нескольких визуальных стимулов взгляд испытуемых непроизвольно более длительное время фиксируется на позитивно нагруженных изображениях. Это дает возможность разделять субъективно принимаемые и отвергаемые стимулы, определять, что для испытуемого связано с отрицательными, а что с положительными эмоциями.

3. Установлено, что зависимость эффективности регистрации направленности взора от числа одновременно предъявляемых стимулов носит нелинейный характер. По мере увеличения числа стимулов от одного до восьми – десяти удается отчетливо зафиксировать субъективные предпочтения испытуемых. Дальнейшее увеличение числа стимулов ведет к непрерывному снижению эффективности определения индивидуальных предпочтений. Также установлено, что время проведения одной экспериментальной сессии не должно превышать 7-10 минут. При работе с прибором указанного типа более длительное время непрерывного экспонирования визуальных стимулов вызывает у испытуемых утомление.

4. Определены способы установления смысловых связей между текстовыми и рисуночными стимулами. Обнаружено, что наличие таких связей



при одновременном предъявлении текстовых и рисуночных стимулов только на основе «тепловых карт» или с помощью зон повышенного внимания малопродуктивно. Показано, что эта задача может быть с успехом решена при сочетании указанных методов анализа с семантическим анализом стимульного материала.

5. Отработана процедура использования айтрекера при тестировании испытуемых методом визуального семантического дифференциала и визуально-вербального семантического дифференциала.

6. Обнаружен эффект смены порождаемого визуальным контентом дискурса за счет изменения пропорции и расположения рисуночных и текстовых элементов. Так, расположение в центре визуального стимула единичного рисунка в окружении текста приводит испытуемого к следующему умозаключению: надо найти в тексте то, что символически показано на рисунке, рассматривать только такие фрагменты теста. Единичное слово в окружении нескольких рисунков интерпретируется испытуемыми как задание выбрать и рассматривать только те рисунки, которые имеют смысловую связь с указанным словом.

Литература

1. Огнев А.С. Валидность айтрекинга как инструмента психодиагностики / А.С. Огнев, Э.В. Лихачева // Успехи современного естествознания.- 2015.- №1-8. - С. 1311-1314.
2. Огнев А.С., Лихачева Э.В. О возможности использования айтрекинга для инструментальной диагностики субъектных характеристик личности / А.С. Огнев, Э.В. Лихачева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.- 2015.- № 8-1.- С. 176-180.
3. Огнев А.С., Лихачева Э.В. Перспективы использования многополярных семантических дифференциалов в айтрекинге / А.С. Огнев, Э.В. Лихачева // Успехи современного естествознания. - 2015.- №1-5. -С. 858-862.

ОЦЕНКА КАРЬЕРНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ПРОВИЗОРОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Олейникова Т.А., Дрёмова Н.Б.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**



Современный рынок труда предлагает специалисту с высшим фармацевтическим образованием возможность выбора направления деятельности для реализации в профессии. Однако, должности, на которые может претендовать провизор, требуют наличия специальных компетенций и профессионально важных качеств. Их развитие позволит молодому специалисту быть более успешным. Своевременное определение карьерных ориентаций обучающихся способствует формированию профессионально важных качеств специалиста-провизора, направленных на обеспечение качественной фармацевтической помощи населению.

Ключевые слова: провизор, ассессмент-центр, карьерные ориентации, профессионально важные качества, фармацевтическая помощь.

ASSESSMENT OF PHARMACISTS' CAREER ORIENTATIONS IN PROVIDING THE QUALITY OF PHARMACEUTICAL AID TO POPULATION

Oleynikova T.A., Dryomova N.B.

The modern labor market offers to a specialist with higher pharmaceutical education a possibility of choosing the direction of activities for realization in the profession. However, the posts to be held by a pharmacist require the presence of special competencies and professionally important features. Their development will give the young professional the possibility to be more successful. The timely definition of students' career orientations provides the formation of professionally important features of a pharmaceutical specialist aimed at rendering a high quality pharmaceutical aid to population.

Key words: pharmacist, assessment- center, career orientations, professionally important features, pharmaceutical aid.

Одной из приоритетных задач здравоохранения России является обеспечение доступности и качества фармацевтической помощи населению. Решение данной проблемы во многом определяется профессиональной квалификацией специалистов фармацевтического дела.

Сегодня фармацевтический бизнес предлагает широкий спектр профилизации специалистов-провизоров как в области оптовой и розничной торговли (провизор-технолог, аналитик, товаровед, управленец/менеджер, маркетолог, специалист по продажам, медицинский представитель, госпитальный провизор и др.), так и в области промышленной фармации



(специалист в области производства, контроля качества, обеспечения качества лекарственных средств, валидации фармацевтического производства и др.).

Потенциально специалист с высшим фармацевтическим образованием будет востребован в каждом из представленных направлений деятельности. Однако, принимая во внимание важность и значимость не только факта трудоустройства, но и успешности в профессиональной деятельности и, как следствие, качества фармацевтической помощи населению, особое значение имеет определение карьерных ориентаций будущих провизоров на этапе обучения в вузе. Своевременное определение профессиональных способностей студентов позволит сформировать личностно-деловые профессионально важные качества специалиста-провизора для будущего профиля деятельности.

С целью определения предпочтений в карьерных ориентациях обучающихся в Курском государственном медицинском университете проведено исследование с применением технологии ассесмент-центра. В исследовании приняли участие все студенты 4 курса фармацевтического факультета (66).

Ассесмент-центр – один из методов комплексного мониторинга личности, ориентированный на оценку реальных качеств человека, его психологических и профессиональных особенностей, а также выявление потенциальных возможностей будущих специалистов. Помимо изучения профессиональной направленности метод позволяет человеку продемонстрировать полное многообразие своих способностей в ситуациях, моделирующих его работу, и построить образ будущей профессиональной деятельности [1, 2].

Инструменты исследования: опросники ассесмент-центра «Якоря карьеры», «Самоорганизация деятельности».

На первом этапе работы согласно методике «Якоря карьеры», были оценены 8 основных карьерных ориентаций студентов:

- 1) ориентация на профессиональную компетентность;
- 2) ориентация на менеджмент;
- 3) ориентация на автономию (независимость);
- 4) ориентация на стабильность в жизни;
- 5) ориентация на служение (реализация в профессии);
- 6) ориентация на вызов (решение сложных задач);
- 7) ориентация на интеграцию (потребность в равновесии семьи и карьеры);
- 8) ориентация на предпринимательство.

Оценка проводилась по 10-балльной шкале, где 1 балл – «совершенно не согласен с утверждением» или «совершенно неважно», 10 баллов – «полностью согласен» или «исключительно важно».



С использованием метода группировки, оцениваемые карьерные ориентации, были разделены на 3 группы:

1 группа - 1 – 4 балла (ориентации с низким уровнем значимости для респондентов),

2 группа - 4 – 7 баллов (ориентации со средним уровнем значимости для респондентов),

3 группа - 7 – 10 баллов (ориентации с высоким уровнем значимости для респондентов).

В результате установлено, что наиболее важными профессиональными ориентациями для студентов являются: стабильность места работы (85,0%), интеграция (60,5%), менеджмент (57,0%) и служение (56,0%). Такое качество как компетентность 62,0% респондентов отнесли к среднему уровню важности. Стабильность места жительства для 53,5% совершенно не имеет значения для построения будущей карьеры (таблица 1).

Таблица 1

Структура карьерных ориентаций студентов фармацевтического факультета

Карьерные ориентации	Удельный вес в группах по значимости, %		
	Низкий уровень значимости	Средний уровень значимости	Высокий уровень значимости
1. Компетентность	8,0	62,0	30,0
2. Менеджмент	2,0	41,0	57,0
3. Автономия	3,0	63,5	33,5
4. Стабильность места работы	3,0	12,0	85,0
5. Стабильность места жительства	53,5	39,0	7,5
6. Служение	1,5	42,5	56,0
7. Вызов	9,0	65,0	26,0
8. Интеграция	1,5	38,0	60,5
9. Предпринимательство	4,5	41,0	54,5

На втором этапе исследования с использованием методики «Самоорганизация деятельности» по 7-балльной шкале (1 балл – полное несогласие и 7 баллов – полное согласие с утверждением) были оценены 6 профессионально важных качеств (ПВК) студентов: планомерность, целеустремленность, настойчивость (способность к волевым усилиям), фиксация (способность к завершенности начатого), самоорганизация, ориентация на настоящее.

После обобщения полученных данных было выявлено, что такое качество как целеустремленность, является максимально значимым для 51,5% опрошенных, в то время как для 1,5% оно совершенно неважно. Самоорганизацию 71,2% студентов отнесли к ПВК с минимальной степенью



значимости, и лишь 3% считают данное качество важным в будущей профессиональной деятельности. Настойчивость имеет важное значение в будущей профессиональной деятельности для 15,2% опрошенных. К ПВК со средним уровнем значимости респонденты отнесли фиксацию (75,8%), ориентацию на настоящее (56,1%), планомерность (48,5%) (таблица 2).

На следующем этапе исследования определены предпочтения в выборе профессионального пути и построения карьеры обучающихся.

Установлено, что наибольшее количество студентов (37,8%) будут иметь конкурентные преимущества в должности логиста фармацевтической организации; 34,8% могут успешно реализовать себя в качестве провизора – управленца/менеджера. Такая должность как маркетолог фармацевтической компании наиболее приемлема для 33,3% будущих специалистов.

Таблица 2

Структура значимости профессионально важных качеств студентов фармацевтического факультета

Профессионально важные качества	Удельный вес ПВК в группах по значимости, %		
	Низкий уровень значимости	Средний уровень значимости	Высокий уровень значимости
1. Целеустремленность	1,5	47,0	51,5
2. Самоорганизация	71,2	25,8	3,0
3. Настойчивость	34,8	50,0	15,2
4. Планомерность	16,7	48,5	34,8
5. Фиксация	12,1	75,8	12,1
6. Ориентация на настоящее	19,7	56,1	24,2

Для 31,8% студентов успешным является реализация себя в качестве медицинских представителей или научных сотрудников фармацевтического предприятия; 25,7% обучающихся будут иметь конкурентные преимущества в должности провизора – специалиста по клиническим исследованиям. Такие направления фармацевтической деятельности как клинический провизор и провизор – технолог приемлемы для 22,7% будущих специалистов; 19,7% респондентов максимально проявят свои способности в качестве провизора – аналитика (рисунок 1).

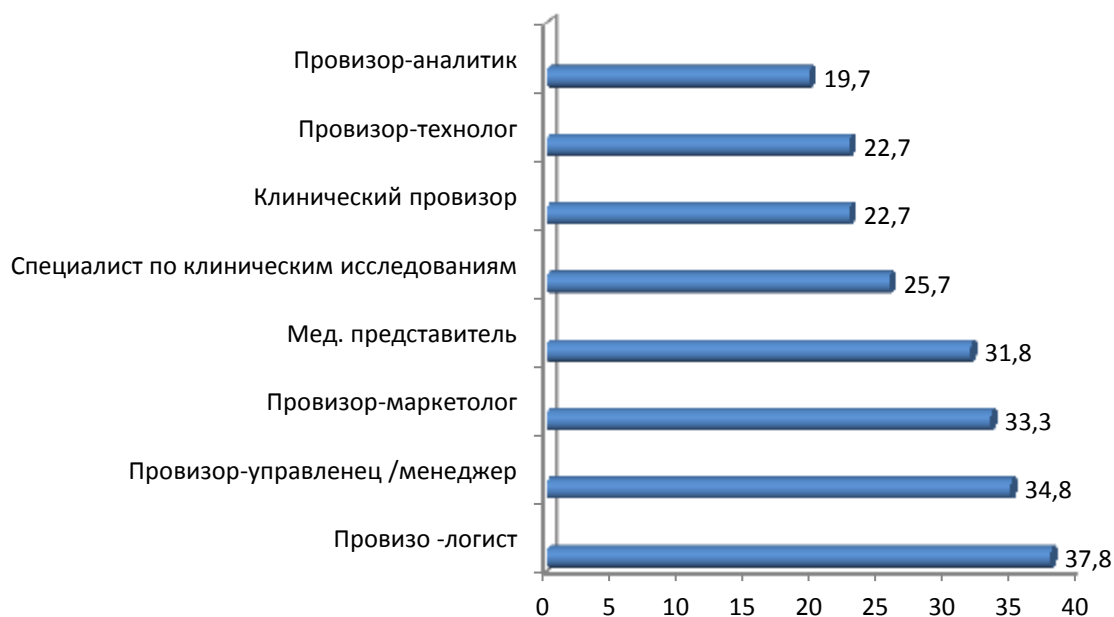


Рис.1 – Приоритетные направления будущей профессиональной деятельности студентов фармацевтического факультета, %

Таким образом, полученные результаты исследования позволят обучающимся своевременно определить наиболее приоритетные направления профессиональной деятельности. В дальнейшей работе с целью развития способностей, навыков, умений специалистов в зависимости от предпочитаемого профиля предполагается разработка профессионально-ориентированных ситуационных задач, кейсов, деловых игр. Системное освоение обучающимися профессиональных компетенций и совершенствование профессионально важных качеств обеспечат не только конкурентные преимущества и перспективы карьерного роста провизора, но и высококвалифицированную фармацевтическую помощь населению.

Литература

1. Литвина, С.А. Ассесмент-центр как технология оценки компетенций персонала в практике государственного управления: учебное пособие /С.А. Литвина, С.А. Еварович. – Томск: Томский государственный университет.- 2013. – 104 с.
2. Митякина, О.В. Формирование готовности выпускника вуза к конкуренции на рынке труда на этапе трудоустройства / О.В. Митякина, Е.Н.



Борисенко // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2015.- №2 (62).- Т.3. – С. 83-88.

ОСОБЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНЫХ УСТАНОВОК И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Панферова Я.В., Хачатурян Н.Н.

**Донской государственный технический университет,
г. Ростова-на-Дону, Россия**

Статья посвящена изучению деструктивных установок и стрессоустойчивости в межличностных особенностях врачей скорой помощи. В результате проведённого эмпирического исследования доказана сформулированная гипотеза, определены деструктивные установки в межличностных отношениях у врачей скорой помощи, выявлен уровень стрессоустойчивости, исследованы личностные особенности врачей, описаны статистически достоверный связи между изучаемыми характеристиками.

Ключевые слова: врач скорой медицинской помощи, деструктивные установки, стрессоустойчивость, личностные особенности

ESPECIALLY DESTRUCTIVE ATTITUDES AND STRESS IN INTERPERSONAL RELATIONSHIPS EMERGENCY PHYSICIANS Panferova Y. V., Khachatryan N. N.

The article is devoted to the study of destructive attitudes and stress in interpersonal features of emergency physicians. Because of the empirical research proved the formulated hypothesis, specified a destructive install in interpersonal relations with emergency physicians identified the level of stress, studied the personal characteristics of the doctors described a statistically significant correlation between the studied characteristics.

Key words: ambulance doctor, destructive installations, stress resistance, personal characteristics

Актуальность исследования: изучение деструктивных установок и стрессоустойчивости в межличностных отношениях медицинских работников становится в последние годы объектом все более активного внимания психологии и медицины [1]; это в полной мере относится к врачам скорой



помощи. В работе специалистов скорой помощи возникает множество напряженных ситуаций, провоцирующих возникновение отрицательных установок и развитие стрессов в межличностных отношениях [2]. Большое количество врачей повседневно при работе с людьми, нуждающимися в скорой медицинской помощи, испытывают воздействие экстремальных факторов [4]. Проблему установок в общении, стрессоустойчивости, подготовки к деятельности в экстремальных условиях исследовали многие отечественные и зарубежные ученые: В.А. Бодров, П.В. Зильберман, Е.П. Ильин, В.Л. Марищук, В.Д. Небылицин, В.А. Пономаренко, П.В. Симонов, В.И. Лебедев, Я. Рейковский, Г. Селье, Р. Лазарус и др. Однако в настоящее время, несмотря на достаточное количество работ по данной проблеме [3], нет ясности в понимании роли особенностей деструктивных установок и стрессоустойчивости в межличностных отношениях врачей скорой помощи. На основании вышеизложенного нами были сформулированы цель, задачи и гипотеза исследования.

Цель исследования – изучить особенности деструктивных установок и стрессоустойчивости в межличностных отношениях врачей скорой помощи.

Предмет исследования: деструктивные установки и стрессоустойчивость в межличностных отношениях врачей скорой помощи.

Гипотеза исследования: личностные особенности врачей скорой медицинской помощи, вероятно, имеют специфические связи с уровнем стрессоустойчивости и деструктивными установками в общении.

Объектом исследования выступили работники медицинского коллектива МБУЗ «ГБСМП г. Ростова-на-Дону» ОСМП п/с 7, всего 30 человек из них 22 женщин, 8 мужчин в возрасте 23 – 60 лет.

Методики исследования:

1. Методика определения деструктивных установок в межличностных отношениях В.В. Бойко,
2. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге,
3. Личностный опросник Г. Айзенка.

По результатам исследования нами были получены следующие данные.

Уровень проявленной жестокости у врачей скорой помощи выражен наиболее ярко (17 баллов), по сравнению с другими категориями деструктивных установок (5 баллов). В то же время, выражен показатель завуалированной агрессии (12 баллов), по показателям находящийся, наряду с открытой жестокостью, на высоком уровне (23 балла). У половины испытуемых отмечается повышенный уровень негативного личного опыта общения (9 баллов). Что касается брюзжания (4 балла), то этот компонент выражен в меньшей степени, по сравнению с другими (12 баллов). В



связи с изложенным выше можно сделать вывод, что медицинские работники имеют высокий уровень негативных коммуникативных установок, что проявляется в эмоциональной напряженности, существующей в коллективе. Последняя, в свою очередь, может быть объяснена спецификой работы.

В результате применения методики Холмса и Раге был выявлен преимущественно высокий уровень стрессоустойчивости в группе врачей скорой медицинской помощи (89 баллов).

Личностный профиль испытуемых имеет следующие особенности: у большинства испытуемых выявлен высокий уровень экстраверсии, т.е. общительности и обращенности индивидов вовне, необходимости в контактах, широком круге знакомств (11 баллов). Они действуют под влиянием момента, импульсивны, вспыльчивы, беззаботны, оптимистичны, добродушны, веселы. Предпочитают движение и действие, имеют склонность к агрессивности. Чувства и эмоции не имеют строгого контроля; врачи данной специальности склонны к рискованным поступкам, что требуют от них условия работы.

Уровень нейротизма в исследуемой выборке выражен в меньшей степени (9 баллов). Можно сказать, что данной группе присуща эмоциональная устойчивость, проявляющаяся в сохранении организованного поведения, ситуативной целенаправленности в обычных и стрессовых ситуациях. Испытуемые характеризуются зрелостью, общительностью, склонностью к лидерству. Но в то же время есть малый процент (3%) специалистов скорой помощи, которым свойственны чрезвычайная раздражительность, эмоциональная неустойчивость, выраженная дезадаптация, склонность к быстрой смене настроений (лабильность), чувство виновности и беспокойства, озабоченности, депрессивные реакции, рассеянность внимания, неуверенность в стрессовых ситуациях.

В ходе статистической обработки полученных данных было выявлено наличие значимой связи между завуалированной жестокостью ($r = ,514^{**}$), открытой жестокостью ($r = ,539^{**}$) и негативным опытом общения. Это может свидетельствовать о том, что чем больше негативного опыта имеется в жизни каждого испытуемого, тем более выражены в них такие негативные коммуникативные установки, как отрицательные проявления в отношении к людям и скрытая агрессия.

Необходимо отметить имеющуюся связь между брюзжанием и обоснованным негативизмом ($r = 0,582$): чем выше у испытуемых склонность делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношений с партнерами и в наблюдении за социальной действительностью, тем более выражены у них отрицательные выводы о некоторых типах людей и отдельных сторонах коммуникаций.



Для исследования показателей нами был использован метод математической статистики Т-критерий Стьюдента. В большей степени статистические отличия выражены между такими показателями как: завуалированная жестокость ($t=2,245$), открытая жестокость ($t=1,803$), брюзжанием ($t=1,348$), негативного опыта общения ($t=2,496$), стрессоустойчивостью ($t=1,827$).

На основании полученных результатов можно судить о подтверждении гипотезы исследования. Таким образом, особенности деструктивных установок и стрессоустойчивости у врачей скорой помощи проявляются в межличностном общении в форме низкого уровня стрессоустойчивости и нейротизма, высоком уровне экстраверсии, негативизма и склонности к брюзжанию.

Литература

1. Абабков В.А., Пере М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М.Пере. – СПб.: Речь.- 2004.- 220с.
2. Василюк Ф.Е. Типология переживания различных критических ситуаций / Ф.Е. Василюк // Психологический журнал.- 1995.-Т.16.- № 5.-С. 104-115.
3. Винокур В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение / В.А. Винокур // Медицинское обозрение. - №11. – 2004.- С. 28.
4. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В.Е. Орел // Психологический журнал.- 2001г. - Т.22.- №1.-С.67-79

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ КАК МЕТОД АДАПТАЦИИ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПРОТЕЗОВ ПРИ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Петраш Е.А.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

В статье представлены результаты исследования эффективности применения метода биологической обратной связи в процессе адаптации к использованию протезов при ампутации нижних конечностей. Достоверно установлено, что применение БОС-тренинга позволяет снизить общую и



болевою чувствительностью у пациентов с ампутацией нижних конечностей, повысив порог болевой чувствительности.

Ключевые слова: биологическая обратная связь, ампутация нижних конечностей, адаптация к использованию протезов.

BIOLOGICAL FEEDBACK AS A METHOD OF ADAPTATION TO USE PROSTHESIS AT AMPUTATION OF LOWER LIMBS

Petrash E.A.

The article presents the results of the study of the effectiveness of the application of the biofeedback method in the process of adaptation to the use of prostheses in amputation of the lower limbs. It is definitely established that the use of BOS-training can reduce the overall and pain sensitivity in patients with amputation of the lower extremities, raising the threshold of pain sensitivity.

Key words: biological feedback, amputation of the lower limbs, adaptation to the use of prostheses.

В настоящее время численность пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, составляет 10% от общего числа больных с заболеваниями костно-мышечной системы [7]. При инвариантности причин ампутации установлено, что в 30-35% случаев после ампутации нижних конечностей развивается болевой или фантомно-болевой синдром [1,2,5,6,9]. При этом типичной является проблема адаптации к использованию протезов, что особенно актуально для пациентов трудоспособного возраста с глубокой ампутацией (на уровне бедра) [5,6,8]. Использование протезов является основным способом социально-психологической адаптации. Традиционно в качестве методов адаптации пациентов с ампутацией нижних конечностей применяются терапевтические методы, использование тренажеров, методы статокINETической коррекции.

В качестве субъективных причин отказа от использования протезов пациенты указывают болевые ощущения в здоровой конечности, фантомные боли, а также различные вегетативные проявления (боли в области сердца и др.). Исследовательских ссылок на использование метода биологической обратной связи (БОС) для адаптации к протезам при ампутации нижних конечностей как в российских (Elibrary), так и в зарубежных (Scopus) наукометрических базах не найдено. Основной функционал метода связан с формированием у пациентов с ампутацией нижних конечностей навыков саморегуляции и ориентировочной основы действий на их основе. Саморегуляция нервно-мышечной активности позволяет контролировать



мышечное напряжение как моторное основание двигательной реакции, с одной стороны, с другой стороны, кинестетическую основу организации движений.

Целью исследования является изучение динамики нейрофизиологических показателей у пациентов с ампутацией нижних конечностей при адаптации к протезам с использованием метода биологической обратной связи.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в стационаре сложного протезирования ФГУП «Курское протезно-ортопедическое предприятие». В исследовании приняли участие 38 человек в возрасте от 42 до 68 лет (20 мужчин и 18 женщин) с глубиной ампутации на уровне голени. У всех пациентов отсутствовали в анамнезе нарушения мозгового кровообращения и заболевания головного мозга.

Формирование исследовательских групп осуществлялось по двум основаниям: профиль латеральной организации (ПЛО) (все пациенты являлись праворукими с левополушарным профилем латеральной организации); количество ампутированных конечностей (таблица 1).

Таблица 1

Количественно-качественные характеристики исследовательских групп испытуемых

	Кол-во человек	ПЛО
Первая экспериментальная группа (Э ₁)	16	Ампутация неведущей ноги (ампутация правой ноги на уровне голени)
Вторая экспериментальная группа (Э ₂)	13	Ампутация ведущей ноги (ампутация левой ноги на уровне голени)
Контрольная группа (К)	9	Ампутация обеих ног на уровне голени

Исследование осуществлялось на условиях информированного согласия.

В соответствии с задачами исследования методы были дифференцированы по двум группам: психодиагностические методы и методы психологического воздействия. В группу диагностических методов вошли: методы исследования чувствительности (набор функциональных нейропсихологических проб); методы исследования субъективной оценки болевых ощущений; методы оценки физиологических реакций (частота сердечных сокращений, артериальное давление, частота дыхания).

В качестве метода психологического воздействия был использован аппарат биологической обратной связи (БОС) «Реакор». Психологическое



воздействие с использованием метода БОС на этапе адаптации к протезу включало тренинг по электромиограмме, который направлен на уменьшение общего и психоэмоционального напряжения через снижение избыточной мышечной активности (навык мышечной релаксации, снижение напряжения), формирование стереотипа оптимального взаимодействия различных мышечных групп (улучшение произвольного контроля двигательной активности), а также коррекции и реабилитации двигательных нарушений центрального и периферического характера различного генеза путём снижения спастичности и гиперкинетической активности.

Количественная и качественная обработка полученных данных осуществлялась с помощью статистических методов (методы описательной и сравнительной статистики).

Организация исследования включала в себя несколько последовательных этапов (рис. 1).



Рис. 1. Этапы организации исследования динамики нейрофизиологических показателей у пациентов с ампутацией нижних конечностей при адаптации к протезам с использованием метода БОС

Для каждого пациента формировалась индивидуальная программа, включающая в себя 12 занятий с периодичностью проведения через день. Продолжительность каждого занятия составляла в среднем 30-40 мин.

Результаты

В результате объективного исследования порога болевой чувствительности с использованием метода прессальгометрии было установлено, что значения нижнего абсолютного порога болевой



чувствительности у пациентов с ампутацией нижних конечностей при попарном сравнении значимо не отличаются и соответствуют: при ампутации ведущей ноги $x \pm \sigma = 244,59 \pm 54,29$, при ампутации неведущей ноги $x \pm \sigma = 241,16 \pm 48,28$, при ампутации обеих ног $x \pm \sigma = 246,61 \pm 54,12$.

При исследовании субъективной оценки интенсивности болевых ощущений у пациентов с ампутацией нижних конечностей с использованием опросника ВАШ установлено, что у всех испытуемых преобладающей является оценка, соответствующая в количественном выражении 6-8 баллам, качественно описываемая как сильная.

При исследовании экстероцептивной чувствительности у пациентов с ампутацией нижних конечностей получены результаты, указывающие на значимое повышение чувствительности у пациентов с ампутацией ведущей ноги как в сравнении с пациентами, у которых ампутирована не ведущая нога ($p=0,037$), так и в сравнении с пациентами с ампутацией обеих нижних конечностей ($p=0,021$). Точность локализации прикосновений определяется в границах до 10 мм у пациентов с ампутацией неведущей ноги в 62,5% случаев; у 76,9% пациентов с ампутацией ведущей ноги; у 77,78% пациентов с ампутацией обеих нижних конечностей (при допустимой норме до 15 мм).

При одновременном прикосновении к обоим ногам пациенты с ампутацией неведущей ноги не фиксируют второе прикосновение в 6,25% случаев; пациенты с ампутацией ведущей ноги не фиксируют второе прикосновение в 7,69% случаев; пациенты с ампутацией обеих нижних конечностей не фиксируют второе прикосновение в 11,11% случаев, что указывает на отсутствие феномена игнорирования в тактильной сфере. При исследовании переноса прикосновения с одной ноги на другую установлено, что более чем 80% пациентов с ампутацией нижних конечностей указывают перенесенное прикосновение с точностью до 5 мм при показателях диапазона нормы точности переноса прикосновений до 10 мм. При оценке дискриминационной чувствительности пациенты воспринимают два прикосновения отдельно при расстоянии между браншами циркуля Вебера до 15 мм при ампутации неведущей ноги в 56,25% случаев; при ампутации ведущей ноги в 76,90% случаев; при ампутации обеих нижних конечностей в 77,78% случаев.

Обобщая результаты исследования чувствительности у пациентов с ампутацией нижних конечностей, выявлено проявление повышенной экстероцептивной чувствительности как при точности локализации прикосновений, так и при переносе прикосновения с одной ноги на другую, а также высокий уровень дискриминационной чувствительности следует рассматривать в качестве фактора, затрудняющего процесс адаптации к использованию протезов.



В результате исследования показателей физиологических реакций у пациентов с ампутацией нижних конечностей выявлено незначительное повышение показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений и частоты дыхания относительно нормативных значений на 10-20 единиц при отсутствии статистически значимых различий.

На этапе реабилитации (через 12 месяцев после ампутации) сопровождение процесса адаптации к протезу осуществлялось с использованием программы БОС-тренинга, после завершения которой осуществлялась повторная диагностика показателей общей и болевой чувствительности, а также физиологических проявлений по группам испытуемых.

Полученные результаты указывают на значимое снижение интенсивности болевых ощущений при повышении нижнего абсолютного порога болевой чувствительности, снижении проявлений гиперчувствительности, а также изменении физиологических проявлений после завершения программы БОС-тренинга в процессе адаптации к протезам у всех трех групп испытуемых (Таб. 2).

Таблица 2

Показатели значимости различий показателей общей и болевой чувствительности, физиологических проявлений по группам испытуемых до и после БОС-тренинга (критерий χ^2 Фридмана, $p < 0,05$)

	Параметры	Группы испытуемых		
		Э ₁	Э ₂	К
Показатели болевой чувствительности	Нижний абсолютный порог болевых ощущений	0,013*	0,041*	0,037*
	Субъективная оценка интенсивности болевых ощущений	0,021*	0,008*	0,040*
Показатели общей чувствительности	Локализация прикосновений	0,034*	0,040*	0,014*
	Перенос прикосновений	0,031*	0,026*	0,009*
	Одновременное прикосновение	0,027*	0,015*	0,012*
	Дискриминационная чувствительность	0,016*	0,029*	0,031*
Физиологич	Артериальное давление	0,029*	0,037*	0,035*



	Частота сердечных сокращений	0,015*	0,020*	0,012*
	Частота дыхания	0,014*	0,011*	0,044*

*– статистически значимые различия

Применение технологии БОС-тренинга при адаптации пациентов с ампутацией нижних конечностей к использованию протезов позволяет снизить общую и болевую чувствительность на уровне бедра как на сохранной, так и на ампутированной конечности вне зависимости от того, ампутирована одна (ведущая или неведущая) или обе нижние конечности. Снижение чувствительности позволяет снизить физические ощущения дискомфорта при использовании протеза, тем самым облегчая процесс приспособления к нему. Снижение физиологических проявлений (снижение показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений и частоты дыхания) свидетельствует об успешной адаптированности пациентов с ампутацией нижних конечностей к протезам.

Обсуждение результатов

Полученные результаты указывают на то, что применение БОС-тренинга позволяет снизить как общую, так и отдельно болевую чувствительность у пациентов с ампутацией нижних конечностей (с ампутацией ведущей ноги, неведущей ноги, обеих нижних конечностей), повысив порог болевой чувствительности. Применение метода БОС при адаптации к использованию протезов у пациентов с ампутацией нижних конечностей позволяет повысить эффективность социального функционирования данной категории пациентов.

Литература

1. Ершова И.Б. Фантомно-болевой синдром – реальная проблема, стоящая перед человеком с ампутированной конечностью / И.Б.Ершова, А.С.Иванов, С.А.Шалимов, Д.В.Прихода, Е.П.Устиченко, Д.А.Молодых, Д.О. Уткин // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15 – № 3. – Ч. 2 (59). – С. 97-99
2. Ишинова В.А. Изменение порогов тактильной чувствительности при фантомной боли у пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей / В.А.Ишинова, А.А.Поворинский, О.Н. Митякова // Российский журнал боли. – 2014. – № 1 (42). – С. 77.
3. Никишина В.Б. Дескрипторы интрацептивных ощущений при фантомно-болевом синдроме у людей с ампутацией нижних конечностей / В.Б.Никишина,



И.И. Бобынцев., Е.А. Петраш, К.А. Миняхина // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2015. – № 3. – С. 133-139.

4. Никишина В.Б. Нарушение схемы тела при ампутации нижних конечностей / В.Б.Никишина, Н.Л.Иванова, Е.А.Петраш, А.И. Ахметзянова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. – № 4. – С. 124-131.

5. Попова Г.В. Коррекция статокинетической устойчивости лиц, перенесших ампутацию нижних конечностей, на этапе протезирования / Г.В. Попова // Вестник спортивной науки. – 2014. – № 6. С. – 42-45.

6. Рукина Н.Н. Влияние темпа на биомеханические параметры ходьбы здоровых и пациентов с разным уровнем ампутации нижней конечности / Н.Н. Рукина, А.Н. Белова, А.Н. Кузнецов, В.В. Борзиков // Российский журнал биомеханики. – 2016. – Т. 20. – № 1. – С. 58-69.

7. Скляренко Р.Т. Возможности реинтеграции в нормальную жизнь больных с ампутацией нижних конечностей при атеросклерозе / Р.Т. Скляренко, С.Х. Дотдугев, В.С. Спиридонова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – Т. 17. – № 4. – С. 47-48.

8. Dahlöf B. Cardiovascular disease risk factors: epidemiology and risk assessment B.Dahlöf // Am. J. Cardiol. – 2010. – Vol. 105, № 11, suppl. 1. – P. 3A–9A.

9. Jivegard L.E.H. The development of a VBНOM-based outcome model for lower limb amputation performed for critical ischemia / L.E.H. Jivegard // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. -2009 - Vol. 37, №1. – P.67.

СЕМЬЯ – БАЗИС В ФОРМИРОВАНИИ САМООЦЕНКИ У РЕБЕНКА

Поляков Д.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н., Конопля Е.Н.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

*«Там, где нет мудрости родительского воспитания,
любовь матери и отца уродует их (детей)»*

В.А. Сухомлинский

В статье представлен анализ роли семьи и ее механизмов в формировании самооценки у ребенка. Анализ взаимодействия ребенка в семье, формирующие его самооценку проводился с помощью анкетирования. Установлено, что



главную роль в развитии самооценки играет семья, стиль семейного воспитания и эмоциональное отношение родителей к ребенку.

Ключевые слова: семья, ребенок, самооценка

THE FAMILY IS THE BASIS OF THE FORMATION OF THE SELF-ESTEEM OF THE CHILD

Polyakov D. V., Dorofeev, S. G., Shelukhina, A. N., Konoplya E. N.

The article presents the analysis of the role of the family and its mechanisms in the formation of the self-esteem of the child. The analysis of the interaction of the child, shaping his self-esteem was conducted using questionnaires. It is established that the main role in the development of self-esteem plays a style of family education, emotional attitude of parents to the child.

Key words: family, child, self-esteem.

Семья – важнейший из феноменов, сопровождающий человека в течение всей его жизни. Значимость ее влияния на личность, ее сложность, многогранность и проблематичность обуславливают большое количество различных подходов к изучению семьи, а также определений и терминов, встречающихся в научной литературе. Предметом изучения становится семья как социальный институт, малая группа и система взаимоотношений.

Семью создают отношения «родители – дети». Семья основана на единой общесемейной деятельности. Она характеризуется общностью людей, связанных узами супружества, родительства, преемственностью семейных поколений, традиций, а так же социализацией детей и поддержанием существования членов семьи.

Для того чтобы получить целостное представление о семье, необходимо учитывать складывающиеся в ней взаимоотношения по типу: муж – жена; жена – дети; дети – родители; дети – дети. Варианты семьи могут быть различными, но полноценной семьей является такая, которая имеет в наличии все типы взаимоотношений. Психологическим фундаментом личности, способной найти свое место в мире, является адекватная самооценка.

Самооценка – это элемент самосознания, характеризующийся эмоционально насыщенным анализом самого себя как личности, собственных способностей, нравственных качеств и поступков, которые выступают важным регулятором поведения. Самооценка может быть высокой или низкой, оптимальной и неоптимальной, правильной или ложной, различаться по степени устойчивости, самостоятельности и критичности. Различают общую и частную самооценку. К частной самооценке относят оценку каких-то деталей



своей внешности, отдельных черт характера. В общей, или глобальной самооценке отражается одобрение или неодобрение, которое переживает человек по отношению к самому себе. Человек может оценивать себя адекватно и неадекватно (завышать либо занижать свои успехи, достижения).

Самооценку с раннего детства формирует воспитание, как процесс и результат целенаправленного влияния на развитие личности, её отношений, черт, качеств, взглядов, убеждений, способов поведения в обществе. На становление самооценки ребенка значимое влияние оказывает стиль воспитания в семье, принятые в ней ценности. Самооценка ребенка – это не врожденная характеристика организма, а сложное личностное образование, которое подвержено процессам формирования и становления в структуре всех личностных характеристик. Чтобы сформировать социально зрелую, высоконравственную, личность, необходимо, чтобы родители действовали как союзники, делясь с детьми своей добротой, опытом и знаниями.

Цель: составить социальный портрет роли семьи и ее механизмов в формировании самооценки у ребенка.

Материалы и методы исследования. Респондентами выступили профессорско-преподавательский состав кафедры пропедевтики внутренних болезней. Сотрудники данного структурного подразделения графически изобразили механизмы, взаимодействия ребенка в семье, формирующие его самооценку.

Полученные результаты. Главную роль в развитии самооценки, по мнению сотрудников кафедры пропедевтики внутренних болезней, играет семья, стиль семейного воспитания, эмоциональное отношение родителей к ребенку. Первостепенная роль в формировании личности принадлежит родителям, оценка которых становится частью его самооценки. На начальном этапе развития, отношение ребенка к себе связано с родительским отношением. Родительские позиции и отношение к детям в этом возрасте может положительно или отрицательно повлиять на их установки.

Выводы. Влияние семьи на формирование самооценки ребенка огромно. Родительское отношение к детям может положительно или отрицательно сказаться на ее развитии. Самооценка устанавливается с детства и идет с человеком на протяжении всей его жизни. Задача родителей - обращать внимание на маленькие успехи своего ребенка и подбадривать его своим одобрением.

Литература

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк //Сборник статей «Традиционная и инновационная наука».- Уфа.- 2015.- С. 167 - 168.



2. Дорофеева С.Г. Влияние окружения на развитие личности и успеваемости в процессе обучения / С.Г. Дорофеева, А.Н. Шелухина, О.В.Мансимова, Е.Н. Конопля // Психология здоровья и болезни. Курск, 2015. С. 65 – 67.
3. Дубровина И.В. Стили родительского поведения / И.В.Дубровина, З.Г.Фадеева, Т.Г. Губарева // Психология.- 2014.- №2.- С. 43 - 45.
4. Конопля Е.Н. Воспитательная работа – условие формирования профессионально значимых компетенций / Е.Н.Конопля, Д.В.Поляков, А.Н.Шелухина // Сборник материалов VIII Всероссийской научно-практической электронной конференции с международным участием «Язык. Коммуникация. Культура».– Курск.: КГМУ.- 2014.- С. 61 - 64.
5. Харчев А.Г. Современная семья и ее проблемы / А.Г. Харчев, М.С. Мацковский // Сборник статей «Векторы развития науки».- М.- 2014.- С. 112 - 114.

КОНСЦИЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Прокофьева Ю.В., Шелухина А.Н., Дорофеева С.Г., Тишина А.А.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

Гипертоническая болезнь относится к числу психосоматических заболеваний, в развитии которой существенная роль отводится психотравмирующим факторам. Данная статья посвящена изучению тесных связей между эмоциональными состояниями человека и нарушениями физического здоровья. В ней отражены понятия и причины гипертонической болезни, а так же личностные психологические особенности больных с этим заболеванием.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, психологические особенности, больной

CONSCIENTLY ESPECIALLY IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Prokofiev Yu. V., Shelukhina, A. N., Dorofeev, S. G., Pease, A. A.

Hypertensive heart disease refers to a number of psychosomatic diseases, the development of which significant is the role of traumatic factors. This article



examines the close links between emotional States and physical health disorders. It reflects the concept and causes of hypertension, as well as personal psychological characteristics of patients with this disease.

Key words: Hypertension, psychological characteristics, patient.

Актуальность. В последнее время среди факторов риска все большее место в распространении сердечно-сосудистой патологии стали занимать социальные и психологические факторы. До сих пор остаются нерешенными вопросы индивидуальных свойств личности, влияющих на чувствительность к стрессу и увеличивающие риск возникновения гипертонической болезни.

Гипертоническая болезнь (ГБ) - распространенная болезнь неясной этиологии, основными проявлениями которой являются повышенное артериальное давление, а так же расстройства сосудистого тонуса. Для этого заболевания характерна выраженная зависимость течения от функционального состояния нервных механизмов регуляции артериального давления при отсутствии видимой причинной связи болезни с первичным органическим повреждением каких-либо органов или систем [1].

Гипертоническая болезнь – оно из самых распространенных заболеваний населения в развитых странах. Как отмечают О.В. Кербинов, М.В. Коркина, А.В. Снежневский, заболевание возникает в результате более или менее интенсивных и длительных состояний психического напряжения организма человека [2].

В структуре психических нарушений ведущее место занимают ипохондрический, тревожный, истерический и кардиофобический синдромы.

Для ипохондрического синдрома характерно неоправданное беспокойство больных за свое здоровье. Они предъявляют множество жалоб на разнообразную по локализации и интенсивности головную боль, неприятные ощущения в области сердца и других частях тела, постоянно переоценивают тяжесть своего состояния. Отмечается явное несоответствие между числом и выраженностью жалоб и относительной незначительностью объективных изменений. Чрезмерная фиксация внимания на состоянии здоровья приводит к тому, что больной систематически контролирует пульс, АД. Часто обращается за помощью к специалистам различного профиля.

Клиническими признаками тревожного синдрома являются, прежде всего, спонтанные жалобы или симптомы, выявляемые при расспросе: внутренняя напряженность, предчувствие надвигающейся беды, раздражительность, беспокойство, опасения за исход гипертонической болезни, тревога за благополучие семьи, страх перед инвалидностью, беспокойство за дела, оставленные на работе; поверхностный беспокойный сон с кошмарными сновидениями. Больной обычно просит назначить ему успокаивающие



средства, повторно задает врачу вопросы о состоянии своего здоровья. Характерны озабоченное, тревожное лицо, «бегающие» глаза и суетливость.

Истерический синдром характеризуется демонстративностью, эгоцентризмом, патологическим стремлением привлечь внимание окружающих к себе, своему заболеванию. Имеется экстравагантность во внешнем виде, театральность в поведении. Нередко больные предъявляют жалобы на головную боль, неприятные ощущения в области сердца, чувство сдавления или комка в горле, часто возникающие обморочные состояния. Описывая собственные страдания они, как правило, разыгрывают спектакль, получая от этого явное удовольствие. Склонны к вытеснению из сознания переживаний, несоответствующих их оценкам, неспособны ставить и решать отдаленные задачи.

Кардиофобический синдром проявляется страхом перед осложнениями ГБ (инсульт, инфаркт миокарда и др.), внезапной смертью от сердечного приступа. Страх возникает или резко усиливается при физическом напряжении, при выходе за пределы дома или больницы. Чем дальше от пункта, где, по мнению больного, ему может быть оказана помощь, тем больше страх. Эти больные чрезмерно осторожны, особенно при участии в реабилитационных мероприятиях и необходимости систематического лечения [3].

Работами Г.Ф. Ланга, А.А. Мясникова и многих других ученых установлено, что ГБ развивается преимущественно у лиц, рабочая и обычная обстановка которых включает чрезмерное нервное напряжение, частые психические травмы, эмоциональное перенапряжение, переутомление нервно – психической сферы [4].

Постоянно повторяющиеся личностные черты гипертоников описываются как трудолюбие, приверженность долгу, общительность, большое чувство ответственности. В связи с этим у них возникают внутренние и внешние конфликты, от которых они не могут эмоционально отстраниться. В своей специфической установке на скромность они отказываются от своих потребностей в пользу других, желая получить от них одобрение и не провоцировать агрессию или неприязнь. Именно эти признаки, описываемые независимо друг от друга разными исследователями как готовность помочь, стеснительность, хронически подавляемая агрессивность, и составляют манифестные свойства личности, которые имеют большое значение для формирования характерных реакций подавления потребностей, воспринимаемых как опасные, т.е. представляет собой форму защиты от собственных агрессивных побуждений [5].

О роли нервных механизмов в происхождении гипертонической болезни свидетельствуют следующие факты: в подавляющем большинстве случаев у больных удаётся установить в прошлом, до начала болезни, наличие сильных



нервных стрессов, частых волнений, психических травм. Опыт показывает, что гипертоническая болезнь значительно чаще встречается у людей, подверженных многократным и длительным нервным перенапряжениям [6].

Гипертоническая болезнь заслуживает самого серьезного внимания особенно потому, что она ведёт к сильному понижению, а иногда и к потере умственной и физической работоспособности в зрелом возрасте, когда человек может принести максимальную пользу обществу. Кроме того, гипертоническая болезнь является одной из основных помех здорового долголетия.

Таким образом, огромная роль нарушений нервно-психической сферы в развитии гипертонической болезни является бесспорной. Конечно, имеют значение особенности личности и реакция нервной системы на внешние воздействия.

Литература

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии / В.А. Абабков.- СПб.: Питер.- 2016. - С. 559 - 560.
2. Александер Ф. М. Психосоматическая медицина / Ф. М.Александер.- М.: ЮНИТИ.- 2012. - С. 434 - 435 .
3. Волков В.С. Лечение и реабилитация больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники / В.С. Волков, А.Е. Цикулин. - М.: Медицина.- 2013. - С. 256 - 257.
4. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский.- М.: Медицина.- 2016.- С. 564 - 565.
2. Колотильщикова Е.А. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии / Е.А. Колотильщикова, Е.Б. Мизинова, Е.И. Чехлатый // Вестник психотерапии.- 2004.- №12.- С. 9 - 23.
3. Сайков Д.В. Давление. От высокого к нормальному. Терапия гипертензии / Д.В. Сайков, Е.Н. Серафимович // Лечебная программа. - М.: Триолета.- 2016.- С. 212- 213.



СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОР РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Пчелкина Е.П.

**НИУ Белгородский государственный университет, г. Белгород,
Россия**

В статье рассматривается влияние на риск суицидального поведения детей и подростков социально-психологического неблагополучия, его проявление на уровне общества, школы, сверстников, семьи, нравственности (духовности). Сложность и комплексность проблемы суицида проявляется в невозможности принятия однозначных решений раз и навсегда.

Ключевые слова: социально-психологическое неблагополучие, суицидальное поведение детей и подростков, общественное сознание, неблагополучие в школе, влияние сверстников, семейное неблагополучие, нравственный фактор.

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL IMPROVEMENT AS A FACTOR OF THE RISK OF SUICIDAL BEHAVIOR OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Pchelkena E.P.

The risk of suicidal behavior of children and adolescents of socio-psychological disadvantage, its manifestation at the level of society, school, peers, family, morality (spirituality) is considered in the article. The complexity and complexity of the problem of suicide manifests itself in the impossibility of making unequivocal decisions once and for all.

Key words: socio-psychological ill-being, suicidal behavior of children and adolescents, public consciousness, poor school, peer influence, family troubles, moral factor.

Под социально-психологическим неблагополучием в контексте его отнесения к риску суицидального поведения детей и подростков часто понимается, прежде всего, семейное неблагополучие. Однако немалую роль играет и неблагополучие в школьных отношениях с учителями и



одноклассниками, а также в отношениях со сверстниками в целом. Можно сказать, что «набор» причин, их степень значимости и сложное взаимодействие окончательно не определены. В каждом конкретном случае сложный комплекс неблагополучия имеет свои особенности.

Считается, что на ребенка семья влияет в большей степени, чем школа, улица, средства массовой информации [5]. Вопрос стоит в том, возможно ли преодолеть негативные результаты влияния семейного неблагополучия на личность и ее успешность в жизни благодаря вторичной социализации? Наш ответ: да, это возможно сделать, используя ресурс школы, учения в целом и, конечно, благодаря настоящей дружбе и любви.

Рассмотрим последовательно влияние на риск суицидального поведения детей и подростков: общества, школы, сверстников, семьи, нравственности (духовности).

Важную роль повышения риска суицидального поведения детей и подростков играет и неблагополучие в школьных отношениях с учителями и одноклассниками, в отношениях с другими значимыми сверстниками, а также ситуация в обществе в целом.

Укажем следующие социальные признаки распространения суицидальных тенденций на ценностно-нормативном уровне общественного сознания. Это – уже имеющийся массовый характер и рост популярности распространения данного явления, а также наркомании и алкоголизма, особенно в молодежной среде. Повышенная доступность информации о суицидах и способах его совершения (своеобразные герои, оставившие «добрую» память, «супер-креативщики» и т.д.). Распространение в СМИ позитивных идентификационных моделей суицидов, практик быстрого решения всех проблем и «красивого» ухода из жизни. Отсутствие социального исключения данных практик, оправдание суицидов и не осуждение попыток их осуществления. Распространение социолингвистических аспектов данных практик, описывающих реальность в мрачных тонах, популярность культа смерти. Использование суицида и угроз его совершить для удовлетворения нескольких довольно значимых потребностей. Допущение представителями самых разных социально-демографических групп возможности для себя практики суицида в некоторых сложных жизненных обстоятельствах.

Все эти характеристики общества указывают на происходящие изменения в общественном и индивидуальном сознании, которые свидетельствуют о тенденции усиления негативных последствий и массового характера суицида, в том числе среди новых поколений.

Социальное неблагополучие на уровне школы проявляется в следующем. Культ денег и власти: деньги – универсальный рецепт счастья, хорошего человека, семьи, а их отсутствие – однозначно делает человека плохим,



ничтожеством, недостойным уважением; власть и сила также оправдывают все. Стремление производить впечатление, гонка за титулами, рейтингом в ущерб реальному состоянию дел. «Расправа» с неудачниками, они изгоняются, публично высмеиваются, их все презирают и унижают. Такая школа – достаточно закрытая система, в которой проводится тщательный отбор кандидатов в педагогический и ученические коллективы. Информация в структуре власти свободно не циркулирует, «низ» и «верх» удалены и не знают друг друга; все идет через каналы тщательной фильтрации, в итоге информация искажается. Очень высокие негласные ожидания и требования в отношении низ лежащих этажей власти. Инакомыслие, творчество и инициатива не допускаются даже в мелочах, сразу же пресекаются. Планы на будущее не строятся, стратегические перспективы не закладываются, школа живет исполнением поручений сверху. Коллектив разбит на группы, враждующие между собой, а также с учащимися; распространены обсуждения за глаза, «сплетни», плетутся интриги. В таком коллективе педагогический состав нестабилен, наблюдается повышенная «текучка кадров». Исследования показали, что нестабильность в учительском коллективе положительно коррелирует с проблемами учащихся, склонностью их к различного рода девиациям, в том числе суициду [2]. В ученических коллективах отмечается негласное разделение на потоки «сильных» и «слабых». Приближенные к власти учителя набирают себе «сильных» учеников. С учениками из «слабых» классов учителя школы меньше позитивно взаимодействуют. Исследования показали, что среди таких «слабых» классов наблюдается меньшая преданность к школе, учителям, сверстникам, слабее выражены познавательные мотивы учебы, которые у многих остаются такими на всю жизнь, больше отклоняющегося поведения, формируется особая субкультура, вплоть до криминальной [2].

Надо также отметить важность для подростка глубоких личностных связей со сверстниками. Потребность в друге не является праздной и несерьезной. Это очень важная сторона роста личности – познание себя через Другого. Друг воспринимается как часть себя, как свое продолжение, дополнение своих качеств. Именно на друга подросток переносит начатую пересматриваться свою привязанность к родителям. Это необходимый процесс, в котором много уязвимых мест, способных глубоко ранить подростка, надорвать его доверие к миру, людям и себе, т.е. способствовать искажениям в формировании мировоззрения. Поэтому все подростки, которые не нашли друга (подругу), резко порвавшие все связи, в целом отверженные всеми, нуждаются в психологической помощи. Им надо уделить повышенное внимание, помочь разобраться в себе и ситуации, помочь помириться или найти друга.



Любая угроза самоубийства должна быть принята серьезно. Большинство детей и подростков, кто говорит или признает наличие суицидальных мыслей, к этой идее имеются амбивалентные или смешанные чувства. Одна часть их личности действительно хочет умереть, в то время как другая часть ее отчаянно хочет жить. [8]. Необходимо поддержать и усилить ту часть, которая хочет жить, чтобы обновить храбрость человека и возродить его надежду. Следует осознавать, что, вероятнее всего, такой ребенок или подросток является испуганным, гневным, запутавшимся или подавленным, нуждающимся в любви, поддержке, заботе и надежде. Следует проявить к нему (конечно, необходимо стараться проявлять это ко всем людям и всегда) человеческую теплоту и духовную поддержку, мягкую, осторожную заботу, стимулировать к повороту от отчаяния и безнадежности к надежде и доверии к людям, вере в себя, помочь человеку решиться в пользу образа действий, исключающих самоубийство, хотя бы только в данный момент времени. Большинство самоубийц в действительности хотят, чтобы самоубийство не случилось, чтобы кто-нибудь помог и спас их, остановил, был безразличен к ним, проявил заботу, вселил уверенность в себе.

Семейное неблагополучие, как уже говорилось, является основным в структуре общего неблагополучия. Необходимо отметить, что семейное неблагополучие рассматривается только в отношении «семья – ребенок», а именно конкретного ребенка, на кого это неблагополучие воздействует.

Укажем социальные причины семейного неблагополучия. Системный кризис семьи: увеличение числа неблагополучных (дисфункциональных) семей; увеличение количества семей, которые находятся на грани перехода из категории неблагополучных (дисфункциональных) в категорию семей «группы риска» (асоциальные и социально опасные семьи, в которых процветает пьянство, наркомания, уклонение родителей от воспитания и содержания детей). Ухудшение педагогического потенциала семьи, когда родители характеризуются педагогической и психологической безграмотностью, а также нежеланием ее повышать. Нивелировка престижа семейных ценностей, распространение альтернативных браку форм союзов мужчин и женщин. Увеличение числа разводов, количества повторных браков, рост числа искаженных или деформированных семей (наличие отчима вместо отца или мачехи вместо матери [6], повышение количества «семей родителя-одиночки», рост числа «осколочных» семей («семейных групп», ведущих совместное домохозяйство и объединяемых только родством или супружеством [1]. Снижение рождаемости, увеличение числа семей с одним ребенком или с детьми с возрастной разницей более семи лет, которые воспитываются как единственные. Алкоголизм, наркомания, а также другие виды зависимости в семье. Рост преступности в сфере семейно-бытовых отношений.



Социально незащищённые группы населения имеют бóльшую вероятность быть социально-неблагополучными. К ним относятся: малообеспеченные семьи; неполные семьи; семьи с низким уровнем образования родителей, не выполняющих родительские обязанности, имеющих психологические расстройства; семьи, нуждающиеся в социальной поддержке; семьи, в которых есть дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Неблагополучные семьи можно условно разделить на две группы. 1. Неблагополучные семьи с большой степенью воздействия неблагополучия на ребенка: асоциальные семьи – это семьи, где родители тунеядцы, употребляют алкоголь, наркотики, нарушают все нормы и порядки социума; конфликтные семьи, где нет взаимопонимания между родителями, в семье присутствуют ссоры, скандалы; конфликтные семьи по отношению к ребенку, где родители не понимают либо не принимают личностное «Я» ребенка, вследствие чего возникают конфликты в детско-родительских отношениях; семьи с низким материальным достатком (бедность, безработица и т.д.). 2. Неблагополучные семьи с менее выраженной степенью воздействия неблагополучия на ребенка (семьи социального риска): семьи с недостатком воспитательных ресурсов (неполные семьи); семьи, где есть ребенок с ограниченными возможностями.

По мнению детского психиатра И.И. Буянова, «Дефекты воспитания – это и есть первейший и главнейший показатель неблагополучной семьи. Ни материальные, ни бытовые, ни престижные показатели не характеризуют степень благополучия или неблагополучия семьи, только отношение к ребенку» [3].

Психологические характеристики семейного неблагополучия: нарушение структуры семьи; размытость границ; дефекты воспитания; нарушение психологического климата (низкий уровень доверия, уважения, формальное общение, поверхностное восприятие друг друга в семье, безразличие к нуждам остальных членов семьи и т.д.); обесценивание или игнорирование основных семейных функций: хозяйственно-бытовой, социально-статусной, эмоциональной, сексуальной, сферы первичного социального контроля, сферы духовного общения [7].

Результат влияния социально-неблагополучных семей на ребенка сказывается на самых разных сторонах его личности. Нарушенные детско-родительские отношения, отсутствие безопасности, каждодневного ухода и заботы об удовлетворении потребностей ребенка (от физических до духовных) формируют у него: меньшую успешность в социальных отношениях; большую вероятность эмоциональных и внутриличностных проблем; нарушения формирования идентичности; риск сбиться с пути и оказаться под пагубным влиянием различных девиантных субкультур; чувство страха, неуверенность в себе, неверие в свои силы и способности; замкнутость и нелюдимость, уход в



себя; психологическую зависимость; эмоциональную незрелость; низкую толерантность к фрустрации; неумение выражать свои чувства, ненависть к себе, накопление негативных эмоций и несформированность способов безопасного их отреагирования; чувство вины или отказ от чувств; проецирование ненависти к себе на других; мифическое мышление; нарушение границ личности; навязчивые мысли, блокирующие сознание; перфекционизм, идеи величия; амбивалентное отношение к фигурам власти; эгоцентризм и эгоизм; незрелость нравственных убеждений и т.д.

Все это усиливает такие формы реагирования на ситуацию, как бегство из дома, психосоматические расстройства, безнадзорность и криминализацию подростковой среды, попытки суицида.

В ситуации хронического неблагополучия, человек стремится как-то компенсировать ее, используя имеющиеся у него ресурсы, которые можно разделить на два типа: 1) смена социальной ситуации; 2) использование своей личности. Социальное неблагополучие ребенка и подростка фактически исключает возможность первого способа. Вторая же возможность изменения себя, использование своих адаптивных ресурсов часто бывает неэффективной, ущербной, искаженной, т.к. все предшествующее развитие ребенка не было направлено на их формирование. Ресурсов личности попросту нет или они очень ограничены. Поэтому часто используется такой способ справиться с ситуацией, как бегство от проблем, крайней степенью которого является суицид. В целом же выделяют следующие виды бегства от проблем (ретриатизма, эскапизма): «бегство в тело», «в работу», «в фантазии», «в контакты». Последний вид подразделяется на две разновидности: усиление количества контактов (в ущерб качеству) или их минимизация (одиночество).

Таким образом, проблема суицида является результатом воздействия комплекса причин. Их влияние накапливается, и может наступить эффект «последней капли», когда терпеть уже невозможно. Суицид может произойти импульсивно, особенно часто так бывает у подростков – просто «психанул», «достали все».

Есть еще одна сторона социально-психологического неблагополучия, о которой редко говорят, но она высоко значима в отношении суицида – это нравственность (духовность). В данном отношении не лишним будет вспомнить работы наших классиков, например, Ф.М. Достоевского, который уделял много внимания в прояснении сути суицида, разбирая несколько реальных случаев в своем «Дневнике писателя». Писатель считал, что «основной и самой высшей» идеей человеческого бытия является убеждение «в бессмертие души человеческой», «без веры в свою душу и в ее бессмертие бытие человека неестественно, немислимо и невыносимо». Однако «все более и с чрезвычайно прогрессивной быстротой укореняется совершенное



неверие в свою душу и в ее бессмертие». «Без высшей идеи не может существовать ни человек, ни нация. А высшая идея на земле *лишь* одна и именно – идея о бессмертии души человеческой, ибо все остальные «высшие» идеи жизни, которыми может быть жив человек, *лишь из нее одной вытекают*», «идея о бессмертии – это сама жизнь, живая жизнь, ее окончательная формула и главный источник истины и правильного сознания для человечества». Без нее теряется всякая «вера в правду», «вера в какой-нибудь долг» и происходит «полная потеря высшего идеала существования». «В результате ясно, что самоубийство, при потере идеи о бессмертии, становится совершенною и неизбежною даже необходимостью для всякого человека, чуть-чуть поднявшегося в своём развитии над скотами. Напротив, бессмертие, обещая вечную жизнь, тем крепче связывает человека с землей. Тут, казалось бы, даже противоречие: если жизни так много, то есть кроме земной и бессмертная, то для чего бы так дорожить земною-то жизнью? А выходит именно напротив, ибо только верой в свое бессмертие человек постигает всю разумную цель свою на земле» [4].

Литература

1. Антонов А.И. Социология семьи / А.И. Антонов, В.М. Медков. – М.: Изд-во МГУ.: Изд-во Международного университета бизнеса и управления («Братья Карич»).- 1996. - 304 с.
2. Березин С.В. Психология наркотической зависимости и созависимости: монография / С.В. Березин, К.С. Лисцкий, Е.А. Назаров. – М.: МПА.- 2001.- 200с.
3. Буянов М.И. Ребенок. из неблагополучной семьи. Записки детского психиатра. Книга для учителей и родителей / М.И. Буянов. – М.: «Просвещение».- 1988.-240с.
4. Достоевский Ф.М. Дневник писателя: Избранные страницы / Ф.М. Достоевский / авт. вступ. статьи и коммент. Б.Н. Тарасов; худож. В.Г. Алексеев. – М.: Современник.- 1989.- С. 348-351.
5. Евглевская Ф. Причины семейного неблагополучия [Электронный ресурс]. – URL: <http://virtualtaganrog.ru/blogs/specialist-pedagog-psiholog-404/prichiny-semeinogo-neblagopoluchija.html> (дата обращения: 28.10.2017).
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей) / А.Е. Личко. – Л.: Медицина.- 1979. - 336с.
7. Мацковский М.С. Социология семьи. Проблемы, теории, методологии и методики / М.С. Мацковский. – М.- Наука.- 1989.-120с.



8. Хэмбли Г. Телефонная помощь. Руководство для тех, кто желает помогать по телефону / Г. Хэмбли / пер. Ю. Донец. Ред. Моховиков А.М. – Одесса.- 1993.- 208с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАМЯТИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

Самойлова В.М.¹, Епишин В.Е.²

¹МГППУ, г. Москва, Россия

²МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

В статье представлены результаты исследования особенностей памяти дошкольников с ограниченными возможностями здоровья: детей с задержками психического развития и с тяжелыми нарушениями речи.

Ключевые слова: память, дошкольники, ограниченные возможности здоровья, задержки психического развития, тяжелые нарушения речи

STUDY OF THE PECULIARITIES OF MEMORY OF PRESCHOOL CHILDREN WITH LIMITED OPPORTUNITIES OF HEALTH

Samoilova V. M., Epishin V. E.

The article presents the results of investigation of memory of preschool children with limited possibilities of health: children with mental development delays and severe speech disorders.

Key words: memory, children, disabilities, mental development delays, severe speech disorders

В истории психологии большое внимание уделялось исследованиям памяти [1;2], от которой зависят другие когнитивные процессы и коммуникативные функции [3;4]. При этом на формирование памяти влияют не только интрапсихические, но и социально-психологические факторы [5;6;7;8]. Специальные психологические исследования слуховой памяти дошкольников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [9-14], указывают на недостатки в развитии их произвольной памяти и произвольной памяти. Целью нашего исследования является изучение особенностей слухоречевой памяти детей



старшего дошкольного возраста с задержками психического развития (ЗПР) и с диагнозом «тяжелые нарушения речи» (ТНР).

В экспериментальном исследовании приняли участие 44 дошкольника, из подготовительных групп одного из дошкольных отделений инклюзивной школы № 1321 («Ковчег»). У которых МППК констатировала задержанное психическое развитие (20 человек) и тяжелые нарушения речи (24 человек). Все дети обучались по коррекционным программам в течении 2 – 3 лет на базе инклюзивного дошкольного учреждения. Средний возраст испытуемых – 6 лет 9 месяцев.

Нами были отобраны тесты для изучения механической вербальной памяти на запоминание 10 слов, методика для изучения смысловой памяти – «Воспроизведение рассказов» [15]. Для запоминания был выбран рассказ Л.Н. Толстого «Муравей и голубка» объемом 56 слов.

Результаты изучения механической памяти у детей с ЗПР и ТНР: количество слов, воспроизведённых после первого предъявления у дошкольников с ЗПР в среднем составляет - 3,78 слова, а ТНР – 4,9 слова. При этом разброс в количестве воспроизведенных слов для дошкольников с ТНР больше, чем для дошкольников с ЗПР. У детей с ЗПР количество слов после первого предъявления от 2 до 7, а у детей с ТНР от 1 до 9. Количество слов, запомнившихся после 3 предъявлений, не существенны и приближаются к 6 словам в каждой из групп. После 5 предъявления дети с ЗПР в среднем воспроизвели 6,67 слова, с ТНР – 6 слов. Имеющиеся различия не являются статистически значимыми.

Однако через час отличия в способности сохранять материал появились: если дошкольники с ЗПР смогли в среднем припомнить только – 4,33 слова, то дошкольники с ТНР в среднем воспроизводили – 6,6 слова. Выявленные различия в способности сохранять вербальный материал оказались статистически значимыми (Рис.1).

Обе группы при воспроизведении припоминали не предъявляемые им слова, в обеих группах мы отмечали вербальные и литеральные парамнезии, но статистически значимых различий по этим параметрам между группами выявить не удалось. Значение статистики Манна-Уитни (U) равно 152 при уровне значимости 0,031.

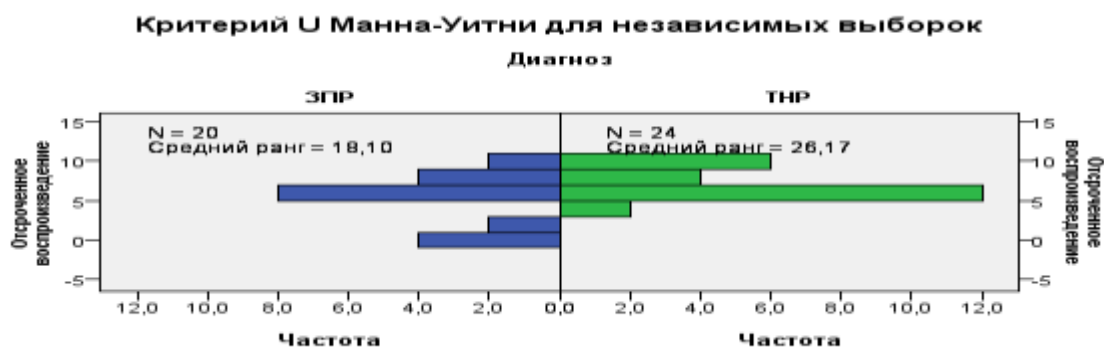


Рис. 1. Сравнение результатов отсроченного воспроизведения у детей с ТНР и ЗПР

Данные полученные в ходе изучения смысловой памяти у детей с ЗПР и ТНР свидетельствуют о наличии статистически значимых различий между обеими группами. Если после первого предъявления текста дошкольники с ЗПР смогли воспроизвести около 53 % теста, то дошкольники с ТНР – 85%. После второго прочтения показатели объема припоминаемого материала в двух группах улучшились: дети с ЗПР смогли припомнить уже почти 53% текста, а дети с ТНР – 90%. Мы можем отметить более высокую истощаемость дошкольников с ЗПР по сравнению с дошкольниками с ТНР при запоминании смыслового материала. По этому по двум показателям были получены статистически значимые различия (рис. 2). Значение статистики Манна-Уитни (U) равно 60 при уровне значимости 0,0002.

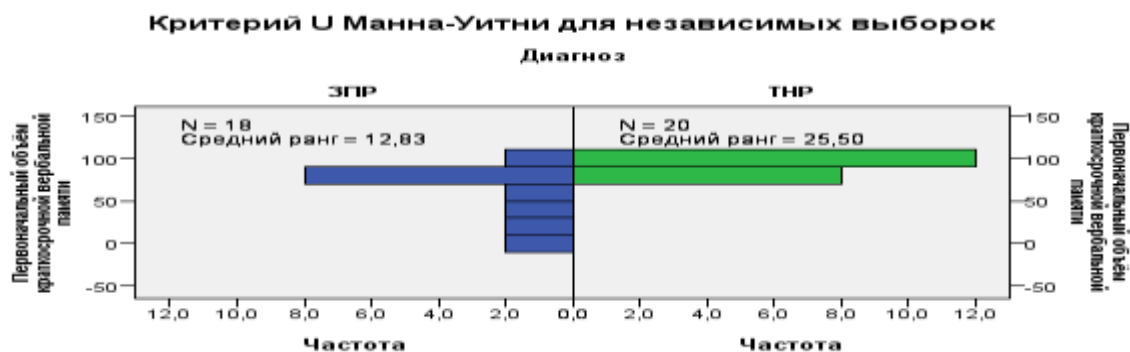


Рис. 2. Сравнение первоначального объёма кратковременной памяти у детей с ЗПР И ТНР

Степень понимания рассказа, которую мы выявляли по вопросам, уточняющим содержание и осознание скрытого смысла, также существенно различается. Так среди дошкольников с ТНР не было ни одного человека, не понявшего скрытого смысла рассказа, не запомнившего существенные детали вербального материала. В то же время в группе дошкольников с ЗПР число не понявших текст доходило до 1/3. Были и таковые, кто не понял даже фабулу рассказа. Значение статистики Хи-квадрат получилось равным 9,120 при уровне



значимости 0,028, однако наличие в таблице сопряженности частот, не превышающих 5 не даёт возможности рассматривать полученный результат как достоверный. Значение статистики Манна-Уитни (U) равно 40 при уровне значимости 0,00003 (Рис.3).

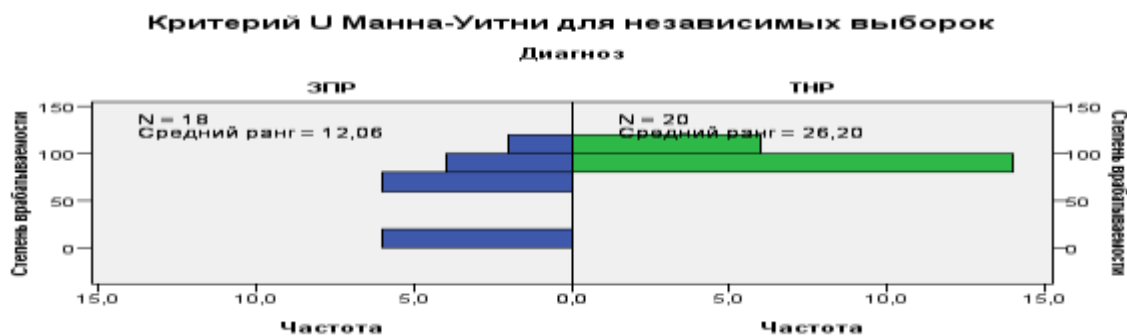


Рис. 3. Сравнение степени понимания рассказа у детей с ЗПР и ТНР

Степень точности воспроизведения – наличие вставок, изменений текста, также служит показателем осознания текста. В группе с ЗПР мы наблюдали изменения сюжета, грубые деформации текста, привнесение дополнительных сюжетных линий и т.д. Все эти данные указывают на невысокую степень способности осознания текстового материала. В группе с ТНР аналогичных явлений не отмечалось. Здесь, как и в случае со степенью понимания рассказа, удалось получить статистически значимые различия (Chi-квадрат = 9,22 при уровне значимости 0,019), однако опять же низкие частоты не позволяют рассматривать результат как достоверный (Рис.4).

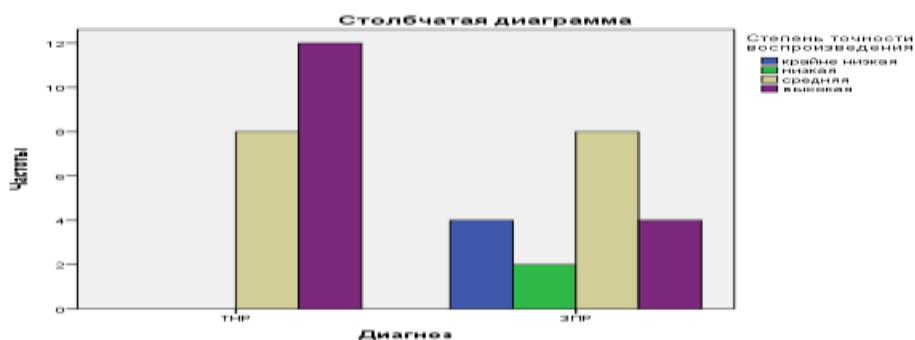


Рис. 4. Сравнение точности воспроизведения рассказа у детей с ТНР и ЗПР

1. Показатели механической и смысловой памяти ниже у группы детей с ЗПР по всем выдвинутым нами параметрам.
2. Сохранность вербального материала, не связанного между собой смысловыми связями, ниже в группе дошкольников с ЗПР и достигает статистически значимых различий в сравнении с группой дошкольников с речевой патологией.



3. При воспроизведении не связанного по смыслу материала в обеих группах отмечаются вербальные и литеральные парафазии, а в связанных текстах литеральные парафазии имеются только у детей с ЗПР.

4. Для группы дошкольников с ЗПР характерна высокая истощаемость при работе со связными текстами.

5. Степень понимания тестов и воспроизведения связного материала ниже в группе дошкольников с ЗПР.

6. Смысловая память дошкольников с ТНР выше, чем не связанного по смыслу материала.

По нашему мнению, различия в смысловой памяти в значительной степени обусловлены нарушениями мышления, поскольку понимание текста является здесь ключевым. Запоминание и воспроизведение смыслового материала подразумевает способность адекватного использования и осознания лексических единиц, т.е. умение пользоваться лексическими средствами. В силу отсутствия такого умения отсроченное воспроизведение у наших испытуемых низкое. Неспособность к использованию средств приводит к замедленному формированию позднее возникающей в онтогенезе смысловой памяти у обеих групп, в то время элементарные виды памяти сохранены в группе детей с ТНР.

Сделанные в результате исследования выводы имеют значение для организации коррекционной работы с данной категорией детей [16; 17].

Литература

1. Абдурахманов Р.А. История психологии. Модуль 3. Становление и развитие психологии как самостоятельной науки / Р.А. Абдурахманов. М.: РОСНОУ.- 2004. – 147 с.
2. Абдурахманов Р.А. Социальная психология. Модуль 1. Социальная психология как наука и история ее развития / Р.А. Абдурахманов.. М.: РОСНОУ.- 2007- 68 с.
3. Дорошенко О. В. Коррекционно-педагогическая работа по развитию связной речи старших дошкольников с нарушениями зрения: дис.. канд. пед. наук. -Москва, 2009. -198 с.
4. Дорошенко О.В. Развитие связной речи дошкольников с нарушениями зрения с использованием игр с песком / О.В. Дорошенко, Т.В. Шевырева // Труды XVII международной научной конференции «Цивилизация знаний: российские реалии». – М.: РОСНОУ.- 2016- С. 460-463.
5. Абдурахманов Р.А. Социальная психология / Р.А. Абдурахманов //Модуль 2. Основные направления социальной психологии. Социальная психология личности. - М.: РосНОУ.- 2007. - 118 с.



6. Абдурахманов Р.А. Социально-психологическое познание: идеи, концепции, направления / Р.А. Абдурахманов.- Саарбрюккен.- 2017. – 386 с.
7. Шевырева Т.В. Психолого-педагогическое сопровождение учащихся с ограниченными возможностями здоровья в образовательном пространстве Т.В.Шевырева, О.В.Дорошенко //Вестник РОСНОУ, серия: человек в современном мире. – М.: РОСНОУ.- 2016- С. 48-50.
8. Шевырева Т.В. Профессиональная и социально-трудовая адаптация подростков с ограниченными возможностями здоровья / Т.В. Шевырева, О.В. Дорошенко // Вестник РОСНОУ, серия: человек в современном мире.- М.: РОСНОУ.- 2017. - С. 23-26.
9. Белякова Л.И. Сравнительное психолого-педагогическое исследование дошкольников с общим недоразвитием речи и нормально развитой речью / Л.И. Белякова //Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. - М.- 1991.-С. 34-42
10. Власенко И.Т. Особенности словесно-логического мышления взрослых и детей с нарушениями речи / И.Т. Власенко. - М.: Педагогика.- 1990. 237с.
11. Даниленкова О.Р. Развитие преднамеренного запоминания у детей с нерезко выраженным общим недоразвитием речи / О.Р. Даниленкова // Дефектология. - 2000.- № 6.- С. 50- 64.
12. Дети с задержкой психического развития. / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Цыпиной Н.А. – М., 1984.-350с.
13. Егорова Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии / Т.В.Егорова. -М.- 1973.-180с.
14. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В.Лебединский. – М.- 2003.360с.
15. Коноваленко С.В. Как подготовить ребенка к школе / С.В. Коноваленко. - М.: «Эксмо».- 2004.-298с.
16. Шевырева Т.В. Инновационные технологии «Lego» и «Spectra» в коррекционно-развивающей работе с детьми с особыми образовательными потребностями / Т.В. Шевырева, О.В. Дорошенко //Школьный логопед.- 2008.- № 5-6.-С.26-27
17. Шевырева Т.В. Научно-методическое сопровождение реализации компетентносто-ориентированного обучения в коррекционных школах VIII вида / Т.В. Шевырева, Е.Н. Соломина //Специальное образование. -2012.-№3.- С.130-141.



ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ СКУЛШУТИНГА В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ

¹О.И.Самосват, ¹Л.Г.Лемэр, ²А.Е.Бражников

¹АО «Крибрум», Россия

²НП «Союз защитников информации», Россия

В статье рассмотрено явление скулшутинга (массовый расстрел в школах). Описаны результаты исследования популяризации скулшутинга в социальных сетях. Установлены и описаны особенности поведения подростков, имеющих признаки предрасположенности к скулшутингу.

Ключевые слова: социальные сети, скулшутинг, массовые расстрелы в школах, массовые убийства, молодежные течения, молодежные субкультуры, колумбайн.

PROMOTE SCHOOLSHOOTING ON SOCIAL NETWORKS

Samosvat O.I, Lemar L.G., Brazhnikov A.E.

The article considers the phenomenon of schoolshooting (mass shooting in schools). The results of the study promote schoolshooting in social networks. Established and described the features of adolescent behavior, signs of having a predisposition to sculpting.

Keywords: social networking, sculpting, mass school shootings, mass murder, youth movements, youth subcultures, the Columbine.

«Скулшутинг» (англ. school shooting) – это термин, означающий стрельбу в школе. Обычно применяется к массовым убийствам учащихся, производимым одним из учеников, группой учеников, либо посторонним лицом, пришедшим из-за пределов школьной территории.

США занимает первое место по количеству массовых расстрелов в школах. Всего в США ежегодно происходит от 1 до 3 крупным случаев массового расстрела школьников. Преступления в школах, связанные с использованием огнестрельного оружия происходят примерно раз в месяц. В целом массовые расстрелы происходят в США едва ли не каждый день. За 12 лет в Америке погибли от «огнестрелов» более 400 тыс. человек [4].

Скулшутинг также частое явление в странах Латинской Америки. Немного реже случаи массового расстрела школьников происходят в Европе и Азии.



Случаи, которые придавались широкой огласке, не зависимо от срока давности, популярны в социальных сетях. В память о преступлении создаются социальные группы, убийцы возводятся в ранг поп-звезд. В интернете большое количество стихов, видео-клипов, картин, посвященных убийцам. Их поклонники скупают одежду, которая была на «скулшутерах» в момент преступления, цитируют их дневники и предсмертные записи, копируют их поведение и образы жизни [3].

Наиболее популярные в интернет среде массовые убийцы («скулшутеры», а также массовые убийцы, являющиеся не совершеннолетними на момент совершения преступления):

1. Reb & VoDKa (Дилан Клиболд и Эрик Харрис). Колумбайн, 1999 год.
Два одиннадцатиклассника, которые устроили массовое убийство в школе «Колумбайн» США, в городке Литлтон, штат Колорадо.
2. Дилан Сторм Руф. Чарльстон, 2015 год.
Американский массовый убийца и сторонник превосходства белой расы. Устроил массовый расстрел в африканской методистской епископальной церкви Эмануэль в городе Чарльстона США.
3. Томас Тиджей Лейн (Thomas T.J. Lane). Шардон, 2012 год.
Американский подросток, устроивший стрельбу в кафетерии своей бывшей школы «Chardon High School», Шардон, Огайо, США.
4. Адам Питер Лэнза. Сэнди-Хук, 2012 год.
Массовый убийца, осуществивший массовое убийство в начальной школе «Сэнди-Хук», в результате которого погибли 27 человек и ещё два человека были ранены. Сам Лэнза застрелился на месте преступления.
5. Миша Пелевин. Ивантеевка (Московская обл.), 2017 год.
Российский школьник совершивший нападение на учителя и своих одноклассников в школе Ивантеевки.

«Скулшутинг» является объектом исследования психологов и криминалистов.

На данный момент нет общего психологического портрета для «скулшутеров», не существует алгоритма обнаружения потенциальных массовых убийц. Однако, установлено, что «скулшутеры» были замкнутыми людьми, большую часть времени проводили в одиночество, увлекались компьютерными играми. Также, у многих отмечалась тревожность, конфликты с социальным окружением и эмоциональные расстройства. Почти для всех «скулшутеров» была характерна черта неприятия физической ласки и заботы от близких людей.

Американскими учеными установлено, что скулшутинг «заразен». Ученые составили базу данных о перестрелках в американских школах и выяснили, что трагические события, число жертв которых составило от четырех



и более человек, «вдохновляют» других преступников на совершение подобных преступлений. Считается что 20–30% массовых расстрелов в школах — результат имитации прошлых перестрелок. В среднем спустя 13 дней после массового расстрела в одной школе инцидент повторялся в другом учебном заведении [2].

Цель исследования: изучение популяризации скулшутинга в социальных сетях.

Объект: коммуникативное поведение подростков, интересующихся скулшутингом.

Организация исследования: для подготовки исследования были использованы все источники информации, которые являются открытыми для пользователей русскоязычного сегмента Интернет. В результате был проведен качественный анализ материалов за период с ноября 2016 года по сентябрь 2017 года.

Выборка исследования: русскоговорящие резиденты социальных медиа. Основное внимание направлено на подростковый возраст (13-17 лет) и молодежь/студентов (17-25 лет).

Методы исследования: контент-анализ; автоматизированный сбор информации системой Крибрум [1] по заданным ключевым словам и словосочетаниям.

Для изучения темы интереса к массовым убийцам были собраны слова-триггеры по трем темам: колумбайн, скулшутеры, массовые убийства. В данной теме изучался не только интерес к произошедшим событиям (массовым убийствам), но также и заинтересованность в их организации и осуществлении.

Результаты исследования.

За период с ноября 2016 года по сентябрь 2017 года в интернет пространстве 165 тысячами авторов опубликовано 215 тысяч сообщений, касающихся темы скулшутинга. Волна активности в этой теме начинается с середины февраля 2017 года и длится до сих пор.

Наибольший резонанс тема получила в сентябре 2017 года после инцидента с Ивантеевским стрелком, который копировал «колумбайн» (расстрел школьников в американской школе 1999 г.). После инцидента интерес к теме вырос на 400%.

По анализу социальных сетей за период с ноября 2016 г. по июль 2017 г. была установлена популяризация тем и персонажей: Колумбайн (Дилан Клиболд и Эрик Харрис); Дилан Руф; Тиджей Лейн; Адам Лэнза.

За период исследования в интернет пространстве 15503 авторами опубликовано 19053 сообщения, касающихся темы «Колумбайн».

Тема «колумбайн» набирает популярность со второй половины 2016 года. Волна наибольшей активности в этой теме начинается с середины февраля 2017



года. Преобладающее большинство сообщений на эту тему позитивные и содержат в себе, признания в любви убийцам, сочувствие им и поддержку их действиям. Ряд авторов пишет о том, что хотели бы быть такими, как эти молодые люди, некоторые из них открыто их копируют.

За период исследования в интернет пространстве 6528 авторами опубликовано 9257 сообщений, касающихся темы «скулшутеры».

Тема «скулшутеров» имеет волнообразную популярность. Однако, это часть от общего растущего интереса к серийным убийцам, маньякам и преступникам.

В преобладающем большинстве случаев «скулшутеры» рассматриваются с позиции симпатии и сочувствия. Сочувствия к жертвам убийц минимально, часто встречаются сообщения о том, что «так им и надо», «этот парень герой», «он правильно сделал».

За период исследования в интернет пространстве 125412 авторами опубликовано 156107 сообщений, касающихся темы «массовые убийства».

Тема «массовые убийства» имеет постоянную популярность в интернет среде. Громкие дела о массовых убийствах активно публикуются и передаются по всему интернету.

Преобладающее большинство сообщений осуждают убийц, выражают негодование, соболезнования и печаль. Однако, встречается и ряд сообщений, которые поддерживают убийц, террористов, преступников. Некоторые авторы выражают желание поступить подобным образом.

Выводы

В настоящее время тема скулшутинга актуальна и только набирает популярность.

Отмечено, что за последнее время произошел рост толерантности к преступникам и общего фона подростковой агрессии. Подростки и молодежь открыто поддерживают преступников и стараются им подражать. Ряд массовых убийц возведены в ранг поп-идолов, и воспринимаются в группах социальных сетей как герои. Подростки все более ориентированы на высвобождение агрессии в активной форме через нанесение физического вреда себе и окружающим.

В социальных сетях тема скулшутинга популяризируется самими подростками. Они создают группы и распространяют материалы о скулшутерах. Многие выражают желание быть похожими на скулшутеров, перенимают их идеи, поведенческие особенности. Информация о скулшутерах «заражает» подростков, так как имеет драматический, таинственный и при этом очень динамичный контент. В виду того, что скулшутеры и сами являются подростками, другие подростки импонируют им и с легкостью могут



проецировать свои переживания на них. Среди подростков выражается желание и намерение совершить подобные преступления.

Литература

1. АО «Крибрум» - <https://www.kribrum.ru/>
2. Новостной портал. Газета.ru - https://www.gazeta.ru/science/news/2015/07/03/n_7345093.shtml [Дата обращения 29.10.17]
3. Новостной портал. Москва 24 - <https://www.m24.ru> [Дата обращения 29.10.17]
4. Новостной портал. Корреспондент.net - <http://korrespondent.net/world/3573451-massovye-ubyistva-v-ssha-puhauischaia-statystyka> [Дата обращения 29.10.17]

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СОВРЕМЕННОГО СПЕЦИАЛИСТА В РАМКАХ ВЕДЕНИЯ ОТДЕЛЬНОГО СЛУЧАЯ

Семакова Е.В., Машкова И.Ю.

**ФГБОУ ВО Смоленский государственный университет, г. Смоленск,
Россия**

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научно-исследовательского проекта: «Введение и адаптация нейропсихологической технологии в сопровождении случая семьи, воспитывающей аутичного ребенка» № 17-16-67017 а/р.

В статье освещены особенности гетерогенной образовательной среды. Актуализирована потребность профессионального определения личности современного специалиста в образовании с учетом нейропсихологического знания. Рассматривается необходимость нейропсихологического и нейропедагогического понимания в коррекции трудностей обучения школьников. Описаны преимущества уровневого подхода при сопровождении школьника в условиях гетерогенной образовательной среды и разработке программ подготовки педагогов с учетом системно-уровневого взаимодействия.



Ключевые слова: нейропсихология, образовательная среда, трудности обучения, подготовка специалиста, системно-уровневое взаимодействие.

NEUROPSYCHOLOGICAL KNOWLEDGE IN THE TRAINING OF MODERN SPECIALIST IN THE CONTEXT OF THE MANAGEMENT INDIVIDUAL CASE

Semakova E.V., Mashkova I.Yu

In the article the peculiarities of a heterogeneous educational environment. Updated need a professional determine the identity of the modern specialist in education. Discusses the need for neuropsychological and neuropedagogical understanding in the correction of learning difficulties of teaching pupils. Describes the advantages of level approach in support of the pupils in heterogeneous educational environment and programming of training of teachers, taking into account system-level interactions.

Key words: neuropsychology, educational environment, difficulties of teaching, training of specialist, system-level interaction.

По данным Росстата за последние пять лет количество детей-инвалидов в России увеличивается и составляет около 2 % детского населения. В структуре причин инвалидности наиболее часто наблюдаются психические расстройства и расстройства поведения – 22,8 % (к их числу относятся и расстройства аутистического спектра). В этой связи психологами отмечено заметное увеличение количества детей с проблемами обучения и социализации.

В результате глубоких преобразований современная школа представлена гетерогенной средой учащихся. В связи с чем, адаптационный потенциал учащихся достаточно разнороден [2; 5]. Дети с различными формами дизонтогенеза формируют группу потенциального риска развития школьной дезадаптации (ШД) [3]. У таких детей формирование высших корковых функций идет с запозданием, вследствие чего важные для достижений в обучении навыки целенаправленной деятельности и самоконтроля формируются позднее. Именно эти условия - нарушение высших психических функций, формирование соматических и вегетативных симптомов - препятствуют адаптации ребенка к школе, негативно сказываются на его социализации. Коррекция имеющихся у детей на таком уровне нарушений требует нейропсихологического понимания обозначенных проблем, что определяется современным пониманием механизмов трудностей обучения [4].



Актуальность анализа выше обозначенной проблемы определяется несогласованностью, недостаточной подготовленностью работников образования и неспособностью их объективно выявлять предикторы нарушений развития у детей, отсутствием преемственности в медико-психологическом сопровождении ребенка и межведомственного координирования этого сопровождения [1; 3]. Таким образом, можно говорить о том, что современной России необходима интеграция научных исследований, обеспечивающих совершенствование и создание инновационных технологий помощи детям.

Причем раннее начало комплексной помощи содействует максимально возможным достижениям в развитии, поддержании здоровья, профилактике утяжеления состояния здоровья, наиболее успешной социализации ребенка и включению его в образовательную среду с последующей интеграцией в общество [1; 4]. В настоящее время реализуется Межведомственная Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 год. При подготовке Концепции приняты во внимание имеющийся опыт регионов в этой области, научные и методические разработки, созданные различные программы раннего выявления и ранней комплексной коррекции нарушений в развитии, опыт служб ранней помощи и сопровождения, международный опыт. В ходе реализации Концепции планируется использовать накопленный в регионах опыт оказания ранней помощи в качестве значимого ресурса для тех регионов, которые только начинают внедрять региональные программы ранней помощи. Также предлагается обеспечить скоординированность услуг, направленных на развитие всех сторон развития и жизни ребенка, используя междисциплинарный командный подход в рамках организации эффективного межведомственного взаимодействия. Для организации адаптации и включения в жизнь общества детей целевой группы после 3 лет, которые не могут быть включены в полном объеме в систему получения образовательных услуг (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии, предлагается предусмотреть возможность продолжения оказания услуг ранней помощи в необходимом объеме до 7-8 летнего возраста.

Реализация мероприятий Концепции, ее финансовое обеспечение, проведение работ по подготовке методических материалов, проектов типовых нормативных правовых актов, моделей межведомственного взаимодействия при организации ранней помощи и сопровождения, а также анализ и внедрение уже имеющихся методических материалов в этой сфере планируется осуществлять в рамках реализации утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы».



Особое внимание при реализации указанных мероприятий необходимо уделять внедрению научно-исследовательских разработок в практику, что должно отражаться в учебно-методических материалах, служить основой для проведения семинаров и круглых столов. Также необходимо обоснованное и контролируемое внедрения современных информационных технологий как в коррекционно-развивающую работу с детьми, так и в процесс подготовки и переподготовки специалистов, взаимодействующих с детьми в контексте нейропсихологического понимания образовательных проблем. Программы должны содержать практико-ориентированные научные разработки, посвященные обоснованию и описанию закономерностей и механизмов психического развития детей с особыми образовательными потребностями различных возрастных и нозологических категорий, условий их оптимизации [5].

Учитывая современное понимание патогенеза дефекта при различных формах дизонтогенеза понятно, что формирование представлений о природе трудностей обучения необходимо рассматривать в непосредственном соотношении с нейропсихологическими факторами.

В этой связи нашей **целью** является разработка на основе нейропсихологического подхода программ обучения кураторов и специалистов междисциплинарной команды, которая позволит применять нейропсихологические знания в комплексной коррекции и организации пространства развития в соответствии с потребностью ребенка с ОВЗ в рамках ведения отдельного случая.

Мы считаем, что программы обучения должны носить модульный характер. Это позволяет учитывать запросы конкретной группы специалистов при наполнении программы подготовки. В настоящее время на базе Центра непрерывного образования ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет» внедрены и используются разработанные кафедрой общей психологии несколько вариантов программ повышения квалификации, которые включают нейропсихологические знания в виде отдельных модулей. Это такие программы как: «Нейропсихологические основы организации педагогической деятельности», «Междисциплинарный подход к диагностике и коррекции аутизма», «Нейропсихологическое консультирование в образовании». В их структуру входят следующие модули: *Модуль 1. Клиническая и инструментальная диагностика в нейропсихологии. Тематическое наполнение модуля: Нейрофизиологические основы функционирования головного мозга и регуляции психической деятельности. Мозговая организация высших психических функций. Нейропсихология и ее возможности в современных условиях. Использование различных психологических методов в диагностике нейропсихологического дефекта. Инструментальные методы (вызванные*



потенциалы головного мозга, электроэнцефалография, нейрокартинг, позитронно-эмиссионная томография) в нейропсихологии. *Модуль 2.* Системные основы психофизиологии и нейропсихологии. Тематическое наполнение модуля: Идеи И.М. Сеченова в части активной саморегуляции и их развитие в теории обратной связи. Теория Н.А.Бернштейна и ее современное понимание: через «смысловую структуру действия» к уровневому подходу психики. Уровни развития психики (сенсорный уровень, перцептивный уровень, уровень телесно-пространственного анализа, уровень развития произвольности). *Модуль 3.* Нейропсихологическая диагностика дизонтогенеза. Тематическое наполнение модуля: Принципы построения нейропсихологического диагноза. Теория о трех функциональных блоках А.Р. Лурия. Структура дефекта и нейропсихологическая диагностика нарушений психического развития при дизонтогенезе. Оценка психических функций. Нейродинамическая оценка. Топическая диагностика. *Модуль 4.* Нейропсихологическая коррекция на индивидуальном и системном уровне. Тематическое наполнение модуля: Основные уровни дефекта при дизонтогенезе и особенности нейропсихологической коррекции. Стимуляция сенсорного восприятия и общения с внешним миром. Развитие движения в пространстве относительно других объектов. Структурирование телесного «Я» в отношениях со значимыми объектами (мамой). Развитие телесной синергии. Двигательные взаимодействия. Развитие целенаправленности. Интеграция всех видов перцепции. Обучение родителей элементарным приемам нейропсихологической коррекции. Системные взаимодействия и их влияние на развитие ребенка. Организация семейной системы. *Модуль 5.* Нейропсихологические основы педагогической деятельности. Тематическое наполнение модуля: Нейропсихологические теории нарушений школьной адаптации. Нейропсихология в образовательном процессе. Нейропсихологическая диагностика проблем школьной успеваемости. Нейропсихологическая и нейропедагогическая коррекция трудностей обучения. Семейные условия формирования и возможности коррекции нейропсихологических отклонений.

Опыт реализации описанных программ на базе социо-защитных и образовательных учреждений г. Смоленска и Смоленской области показывает востребованность отдельных модулей нейропсихологических знаний у специалистов.

Современные специалисты нуждаются в междисциплинарном знании, без которого полноценно помочь ребенку с ограниченными возможностями здоровья затруднительно. Особым образом подготовленные работники образования должны уметь объективно оценить течение адаптации у ребенка, в том числе и с нарушениями психического развития, в условиях



образовательного процесса, организовать школьное пространство таким образом, чтобы в нем любой ребенок мог реализоваться как успешный ученик.

Литература

1. Макарова И.Ю. Психология родительства и репродуктивного здоровья [Текст]: монография / И.Ю. Макарова, Е.В. Семакова. – Смоленск: Издательство СмолГУ. - 2013. - 232 с.
2. Машкова И.Ю. Нейропсихологический подход к пониманию структуры дефекта при расстройствах аутистического спектра / И.Ю. Машкова, Е.В. Семакова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17). - № 2 (приложение). – С. 217-218.
3. Семакова Е.В. Системно-уровневое взаимодействие в подготовке современного педагога в условиях гетерогенной образовательной среды / Е.В. Семакова, С.П. Иванов // Здоровье и образование в XXI веке. М.: Российский университет дружбы народов. - 2016. - № 3. - Т. 18. – С. 42-46.
4. Семакова Е.В. Нейропсихологический подход в сопровождении случая семьи, воспитывающей аутичного ребенка / Е.В. Семакова, И.Ю. Машкова // Психология когнитивных процессов: сб. статей / сост. В.В. Селиванова В.В. - Смоленск: Издательство СмолГУ.- 2017. – С. 164-167.
5. Semakova, E.V. Neuropsychological approach to the organization of assistance to family, which raising child with autism disorders / E.V. Semakova, I.Yu.Mashkova // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17). - № 2 (приложение). – С. 217-218.



**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕЗРАБОТНЫХ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В
СИТУАЦИИ ТРУДОВОЙ ДЕПРИВАЦИИ**

Семакова Е.В., Якубовская А.Б.

**ФГБОУ ВО Смоленский государственный университет,
г. Смоленск, Россия**

В статье представлено обоснование необходимости психологического сопровождения безработных. Описана структура целевой программы социальной адаптации безработных граждан на рынке труда «Клуб ищущих работу», которая реализуется СОГКУ «Центр занятости населения города Смоленска». Раскрыты возможности использования данной программы на индивидуальном уровне при работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья и с лицами с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Ключевые слова: безработные, трудовая депривация, психологическое сопровождение, ограниченные возможности здоровья, ограниченные возможности жизнедеятельности

**PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF UNEMPLOYED PERSONS WITH
DISABILITIES AND WITH LIMITED POSSIBILITIES OF LIFE IN A
SITUATION OF LABOUR DEPRIVATION**

E. V. Semakov, A.B. Yakubovskaya

The article presents the substantiation of the necessity of psychological support of the unemployed. The structure of the target program of social adaptation of jobless citizens on a labour market "the Club of job seekers", which is implemented in "the Center of employment of the population of the city of Smolensk" is described. Disclosed the possibilities of using this program at the individual level in support persons with disabilities and persons with limited possibilities of the life.

Key words: unemployed, labor deprivation, psychological support, disabilities, limited possibilities of the life.

В современной России безработица определяется историческими особенностями формирования трудового потенциала страны. Эта



закономерность прослеживается как в экономических, так и социальных сферах жизни общества. Потеря работы приводит к снижению трудовой активности людей. Как отмечают специалисты служб занятости, для безработных характерны пассивность и иждивенческая позиция. Многие безработные недостаточно активны в решении своих жизненных проблем и не решаются брать на себя ответственность за изменение существующей ситуации [1]. Особенно незащищенной категорией в сложившейся ситуации являются лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и с ограниченными возможностями жизнедеятельности (ОВЖ) [5].

Общий уровень безработицы в РФ в октябре 2016 года составил 5,4% от экономически активного населения страны после 5,2% в сентябре и августе, 5,3% в июле, 5,4% в июне, 5,6% в мае, 5,9% в апреле и 6% в марте. Такие предварительные данные приводит сегодня Федеральная служба государственной статистики [2]. Смоленская область стоит на 12 месте по количеству безработных в регионе. 5,1% трудоспособных граждан являются безработными. Ниже по уровню безработицы Смоленска стоят Орловская, Костромская, Ивановская и Тверская области. На биржу труда обратились более миллиона человек, проживающих на территории России. В городе Смоленске ситуация с безработицей усложняется.

В целях снижения напряженности на регулируемом рынке труда Смоленской области, обеспечения потребности региона в трудовых ресурсах и обеспечения социальной защиты граждан от безработицы реализуется областная государственная программа «Содействие занятости населения Смоленской области» на 2014-2020 годы. Кроме того, на 2016 год была разработана и утверждена подпрограмма «Дополнительные мероприятия в сфере занятости населения, направленные на снижение напряженности на рынке труда Смоленской области».

В психологии труда безработица рассматривается как феномен трудовой жизни и кризисный этап профессионального пути субъекта труда. Теоретическая и практическая значимость исследований профессионального кризиса у безработных связана, в том числе, и с решением широкого круга вопросов, касающихся стратегий, обеспечивающих эффективное преодоление кризисной ситуации безработицы, мер своевременной помощи и психологической поддержки восстановления трудовой занятости [4].

В психологии традиционно обращают внимание на депривирующий, «страдательный» аспект кризисов. Не менее важной, а в современных условиях, возможно, и более важной стороной является их преодоление. Решение данного вопроса требует обращения к порождающей стороне психического. Психическое как порождение реальности прорабатывается в отечественной психологии в связи с категориями активности, субъекта, бытия личности [6].



Возрастающее внимание ученых к проблеме преодоления связано с увеличением количества трудных жизненных ситуаций во всех сферах человеческой жизни. Преодоление обнаруживается в различных ситуациях: в экстремальных условиях, в значимых жизненных событиях, в повседневных трудных ситуациях и проявляется на разных уровнях психической организации: эмоциональном, когнитивном, поведенческом [3]. Однако, проблема детерминации преодолевающего поведения, не раскрыта еще в полной мере. Известно, что одни и те же стрессовые события, объективно ставя перед людьми сходные задачи, инициируют разные стратегии и формы преодоления.

Исследования преодоления кризисной ситуации безработицы в отечественной науке центрируются, по большей части, вокруг выявления форм поведенческой активности безработных, а методически основаны либо на социологических опросах (А. А. Гордиенко, Г.С. Пошевнев, Ю.М. Плюснин), либо на самоотчетах безработных (А.К. Осницкий и Т.С. Чуйкова) и мнении специалистов службы занятости (А.В. Панченко), либо на анализе нарративных интервью (А.Н. Демин). Практически отсутствуют эффективные формы социально-психологической помощи безработным, направленные на создание адекватной мотивации к поиску работы и методы, способствующие адаптации на новом рабочем месте. В такой ситуации человек может потерять только что обретенную работу, не приспособившись к новым условиям и характеру деятельности. В связи с этим, актуальной является разработка программы психологического сопровождения безработных в ситуации трудовой депривации, что и явилось *целью* нашей работы.

В своей работе мы учитывали, что современный рынок труда характеризуется сложной динамикой изменений спроса и предложения и повышением требований к качеству рабочей силы. В сложившейся ситуации особенно незащищенной и испытывающей наибольшие трудности в поиске работы являются инвалиды, лица с ограниченными возможностями здоровья и лица, утратившие способность к выполнению работы по прежней профессии (специальности) в связи с возникновением или прогрессированием уже имевшегося у них заболевания.

Для повышения эффективности работы службы занятости в отношении обозначенной категории лиц была разработана целевая программа социальной адаптации безработных граждан на рынке труда «Клуб ищущих работу», которая реализуется СОГКУ «Центр занятости населения города Смоленска». Она направлена на получение безработными гражданами навыков активного, самостоятельного поиска работы, составления резюме, проведения деловой беседы с работодателем, самопрезентации, преодоления последствий длительной безработицы, повышения мотивации к труду, и способствует сохранению социализации лицами с ОВЗ и с ОВЖ.



Особенностями программы является возможность использования индивидуального подхода при работе с лицами с ОВЗ и с ОВЖ. При организации такой работы обязательно учитываются: степень выраженности дефекта (значимый / не значимые; выраженный / не выраженный); локализация дефекта (сенсорная сфера, двигательная сфера, когнитивная сфера, эмоционально-волевая сфера, психологическая сфера, наличие сочетанных нарушений); наличие вторичных дефектов (есть/нет), возможность интеграции в трудовое пространство (способные к временной частичной интеграции, способные к постоянной частичной интеграции, способные к постоянной полной интеграции, не способные к интеграции); необходимость создания особых трудовых условий (нет необходимости / необходимо, а именно: необходимо использование специальных методов, приемов и средств (в том числе специализированных компьютерных технологий), обеспечивающих доступность трудовой среды для ребенка с ограниченными возможностями здоровья, как необходимого инструмента реализации программ; необходима индивидуализация и дифференциация труда; обеспечение особой пространственной и временной организации трудовой среды; необходимость организации дополнительной работы по социализации с использованием методов дополнительного образования, соответствующих интересам и обеспечивающих личностный рост); необходимость учета индивидуально-психологических особенностей (необходимо учитывать индивидуальные возможности и особые потребности / нет необходимости учитывать индивидуальные возможности и особые потребности).

Предлагаемая программа состоит из четырех тематических занятий:

1. Знакомство. Анкетирование. Анализ современного рынка труда. Особенности трудоустройства, в зависимости от возможностей и желаний участников занятий. Знакомство с техникой, методами и способами поиска работы. Индивидуальный план поиска работы.
2. Технология самопрезентации. Проведение собеседования с работодателем (по телефону или непосредственное обращение).
3. «Деловая игра» по отработке техники собеседования, самопрезентации.
4. Выход на новую работу. Адаптация в коллективе, закрепление на новом рабочем месте, планирование карьеры.

Особенностью данной программы является то, что она ориентирована на разработку индивидуального маршрута, учитывающего дизонтогенетический тип, степень выраженности нарушений, а также предпочтения безработного при наличии у него ограничений в здоровье или в жизнедеятельности.

Литература



1. Никишина, В.Б. Внутренняя и внешняя мотивация в детерминации социальнопсихологической адаптации личности безработных/ В.Б.Никишина, Е.А. Петраш // Ученые записки Российского государственного социального университета.-2009. - № 1. - С. 369-377.
2. Официальный сайт Федеральной службы по труду и занятости [Электронный ресурс] / Административные регламенты. Режим доступа: <http://www.rostrud.info/admreforma/admregkam/>, свободный.
3. Психологическая защита в чрезвычайных ситуациях: Учеб. пособие / под ред. Л.А. Михайлова. - СПб.: Питер.- 2009. - 256 с.
4. Сыманюк Э.Э. Психология профессионально обусловленных кризисов / Э.Э. Сыманюк - М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЭК».- 2004. - 320 с.
5. Lustig, D.C. TheAdjustmentProcessforIndividualswithSpinalCordInjury; theEffectofPerceivedPremorbidSenseofCoherence [Text] / D.C. Lustig // Rehabilitation Counseling Bulletin, 2005. - 48(3). P.146-156.
6. Burchell, B. The effect of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health [Text] / Ed. D. Gallie, C. Marsh, C. Vogler. N.Y // Social change and the experience of unemployment: Oxford university press, 1994. - P. 188 - 212.

КАТЕГОРИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ САМООТНОШЕНИЯ

Сергеева М.В.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

В статье приведены результаты методологического анализа категории самоотношения. С помощью категориально-понятийного метода автором проведен анализ категории самоотношения, его определения, структуры и динамики его исторического рассмотрения. Проведен библиометрический анализ, результаты которого подтверждают актуальность и малоразработанность проблемы самоотношения при состоянии зависимости.

Ключевые слова: *самоотношение, структура самоотношения.*

CATEGORICAL ANALYSIS OF THE SELF-ATTITUDE



Sergeeva M.V.

The article presents the results of the methodological analysis of the category of self-evaluation. Using the categorical-conceptual method the author analyzes the category of the self, its definition, structure and dynamics of its historical review. The conducted bibliometric analysis, the results of which confirm the relevance and malorezultativnoy problem of the self in a state of dependence.

Key words: self-attitude, structure self-attitude.

Проблема самоотношения не является для психологии новой, однако интерес к ней не ослабевает. Существует большое количество научных работ, где отношение к себе рассматривается в контексте различных патологий, но при этом исследования самоотношения при состоянии зависимости единичны.

Нами был проведен методологический анализ самоотношения в зарубежных и отечественных исследованиях, в процессе которого использовались такие методы, как: категориально-понятийный и библиометрический.

Категориально-понятийный метод направлен на анализ категорий, их определений и динамики исторического рассмотрения с целью соотнесения их с методологическим основанием исследования. Методологический анализ психологических понятий проводился по категории самоотношения, в научных трудах отечественных и зарубежных ученых с глубиной поиска 1900-2016 г.г. и представлен в таблице 1.

Таблица 1

Авторские определения категории самоотношения

Авторские определения категории самоотношения		
Зарубежные авторы		
Д. Мид (1934)	Самоотношение выстраивается благодаря оцениванию другими людьми. То есть только благодаря людям из окружающего мира можно понять «собственное Я» с полным внутренним наполнением и психологическим содержанием [13].	Д. Майерс, Психология, Минск 2008, с. 591
К. Роджерс (1954)	Самоотношение имеет аффективно-мотивационную детерминацию, что важнейший мотив жизни	Rogers K.R., Dymond R.F. Psychotherapy and personality change. -Chicago, 1954.-344 p.



	человека-это актуализация, то есть сохранение и развитие себя, максимальное выявление лучших качеств своей личности, заложенных в ней от природы [22].	
С. Куперсмит (1967)	Самоотношение -отношение индивида к себе, которое складывается постепенно и обретает привычный характер. Оно проявляется как чувство одобрения, степень которого отражает убежденность индивида в своей самооценности, значимости»[21].	CoopersmitS. Tehantecedents of self-esteem.-N.Y.: Freeman, 1967.
М. Розенберга и Х. Каплан (1975)	Основным критерием в самоотношении являются самоуважение и устойчивость концепции «Я». Самооценка отражает степень развития у индивида чувства самоуважения, ощущения собственной ценности и позитивного отношения ко всему тому, что входит в сферу Я [23].	RosenbergM. Conceiving the self. -N.Y, 1979. Kaplan H.B. Self-Attitudes and Deviant Behavior. – Pacific Palisades, Calif., 1975.
Л. Уэлс и Д. Марвел (1976)	Самоотношение, как отражающее различные теоретические ориентации и имеющих свое собственное коннотативное значение: любовь к себе; самопринятие; чувство компетентности [24].	Wells L.E., Marwell G. Self-Esteem. – Its Conceptualization and Measurement. London, 1976
Р. Уайли (1979)	Самооценка основывается в большинстве своем на сравнении достижений личности с достижением других людей. Самопринятие является степенью отношения к себе, общей жизненной установкой, которая формируется в процессе онтогенеза, а так же путем сознательных усилий [14].	Психология самосознания : хрестоматия / Ред. Д.Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2003. – 672 с.



Так, С. Куперсмит и М. Розенберг (1982)	Самоотношение рассматривается как своеобразная личностная черта, малоизменяющаяся от ситуации к ситуации и даже от возраста к возрасту. В основании самоотношения лежит оценка личностью своего «Я», собственных черт по отношению к мотивам, которые выражают ее потребность в самореализации [21].	Куперсмит С. "Я - концепция" Екатеринбург 1982
Р.Бернс (1986)	Самоотношение приравнивает к интегральной (обобщенной/глобальной) самооценке и определяет его как аффективную составляющую установки на себя, которая имеет устойчивый характер и обладает различной интенсивностью в зависимости от контекста содержания образа Я[2].	Бернс, Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. – М. : Прогресс, 1986. – 422 с.
А. Маслоу (1999)	Выдвигалась идея зависимости знаний личности о себе и отношения к себе от степени выраженности потребности в самоактуализации. В пирамиде потребностей он выделяет именно потребность в самоуважении как личностный рост человека и стремление его подняться выше, чем удовлетворение только биологических первичных потребностей[11].	Маслоу, А. Мотивация и личность / А.Маслоу . - СПб.: Евразия, 1999.- 478 с.
Отечественные авторы		
И.И. Чесноковой (1977)	Самоотношение как компонент самосознания. «Эмоционально-ценностное самоотношение», рассматривается как	Чеснокова И.И. Проблемы самосознания в психологии. – М.: Наука, 1977.-144 с.



	специфический вид «эмоционального переживания», в котором отражается собственное отношение личности к тому, что она узнает, понимает, «открывает» относительно самой себя [19].	
И. Чеснокова (1977)	Самоотношение рассматривается как компонент саморегуляции. Под саморегулированием поведения понимает «такую форму поведения, которая предполагает момент включенности в него результатов самопознания и эмоционально-ценностного отношения к себе» [19].	Чеснокова И.И. Проблемы самосознания в психологии. – М.: Наука, 1977.-144
Д.Н. Узнадзе (1977)	Самоотношение личности как установочное образование, акцентируют свое внимание на его месте в системе саморегуляции [19].	Чеснокова И.И. Проблемы самосознания в психологии. – М.: Наука, 1977.-144 с.
В. В. Столина (1983)	Самоотношение описывается как специфическая активность субъекта в адрес своего «Я», состоящая в определенных внутренних действиях, характеризующихся как эмоциональной спецификой, так и предметным содержанием [18].	Столин В.В. Самосознание личности. -М: МГУ, 1983.- 284 с.
Н.И. Сарджвеладзе (1989)	Самоотношение понимается как отношение субъекта потребности к ситуации ее удовлетворения, которое направлено на самого себя. Отношение к себе рассматривается наряду с социальным статусом и установкой личности к внешнему миру, что составляет содержание системы «личность-социальный мир», которое	Сарджвеладзе, Н. И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой / Н. И. Сарджвеладзе. – Тбилиси : Мецнисреба, 1989. С.206.



	является одной из структурных единиц диспозиционного ядра личности [16].	
Н. И. Сарджвеладзе (1989)	Самоотношение как компонент саморегуляции. Когнитивный компонент самоотношения, согласно позиции, выступает необходимым звеном в саморегуляции и самоконтроле поведения на личностном уровне человеческой активности [15].	Сарджвеладзе, Н. И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой / Н. И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: Мецнисреба, 1989.с.8
К. А. Абульхановой-Славской, (1999)	Самоотношение как компонент саморегуляции, которая служит функциональным средством, позволяющим субъекту мобилизовать свои личностные и когнитивные возможности, или психические ресурсы, для реализации собственной активности, выдвижения и достижения целей жизнедеятельности [1].	Абульханова К. А. Психология сознания личности (Проблемы методологии, теории и исследования реальной личности). М., 1999. -224 с.
Т.П. Шарай (2005)	Самоотношение личности понимается как сложное когнитивно-аффективное образование, зрелость которого определяется качеством взаимосвязи и степенью согласованности его составляющих[20].	Т.П.Шарай, Изменение самоотношения личности у женщин в результате многомерного психологического воздействия: Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук, Казань 2005, с. 15

Анализ работ, посвященных изучению отношения человека к себе, позволяет говорить о большом количестве используемых для описания его содержания терминов: обобщенная самооценка, самоуважение, самоактуализация, самопринятие, чувство компетентности, любовь к себе, самосознание, специфическая активность субъекта, личностная черта, эмоционально-ценностное отношение к себе, компонент саморегуляции,



когнитивно-аффективное образование. Из предоставленных категориально-понятийному анализу дефиниций, выбираем категорию самоотношения как установочного образования, занимающее место в системе саморегуляции по Д.Н. Узнадзе [19]. При этом саморегуляция понимается как процесс организации личностью своего поведения, в который включены результаты самопознания и эмоционально-ценностного отношения к себе.

Следующим важным вопросом является рассмотрение структуры самоотношения в рамках отечественных и зарубежных исследований. Структурный анализ самоотношения базируется на системном подходе, принципе системности (Б.Ф. Ломов) [10]. Понятие «структура» включает в себя совокупность устойчивых связей объекта, обеспечивающих его целостность и тождественность самому себе, сохранение основных свойств при различных внешних и внутренних изменениях (И.В. Блауберг, Э.Г. Юдин, 1973)[3]. Существуют два противоположных подхода к объяснению структуры самоотношения. В первом оно рассматривается как одномерное, во втором – как сложноструктурированное психическое образование. Определение самоотношения как одномерного образования не нашло однозначного эмпирического подтверждения. По мнению представителей второго подхода самоотношение личности является сложноструктурированным психическим образованием (И. И. Чеснокова, Е. Т. Соколова, А. В. Захарова, Б. С. Братусь, М. И. Лисина, К. Роджерс, И.С. Кон, Н.И. Сарджвеладзе). Сложность строения самоотношения вытекает из многоплановости и глубины жизненных отношений личности. (А.Ф. Лазурский и В.Н. Мясищев) [8,12]. Подобные идеи отражены в работе Т.П. Шарай, где его структура рассматривается как состоящая из двух компонентов: рационального отношения к себе как субъекту социальной активности и эмоционально-ценностного отношения к себе – переживания и оценки собственной значимости как субъекта социальной активности, образующих рефлексивное «Я»[20].

И. И. Чеснокова говорит о самоотношении как о явлении, состоящем из принципиально различных по своему содержанию элементов – непосредственной эмоциональной реакции и ее «инактуальной формы», когда живая эмоциональная реакция отсутствует и заменена оценочным суждением [19].

Е. Т. Соколова пишет о двух видах оценок, входящих в самоотношение социально-корпоративной оценке качеств и оценке второго вида – удовлетворенностью этими качествами [17].

А. В. Захарова выделяет когнитивный и аффективный компоненты самоотношения [5].

Б. С. Братусь исследует ценностные и операционально-технические структуры самоотношения[4].



К. Роджерс подразделяет отношение к себе на самооценку и самопринятие [22].

М. И. Лисина рассматривает оценку образа себя с позиций концепции общения. Согласно этой концепции, в структуре образа Я, который возникает в результате общения, выделяются две основные части – когнитивная и аффективная. В аффективной составляющей предстает отношение человека к себе, а в когнитивной – представление или знание о себе [9].

К. Роджерс, В.В. Столин в структуре самоотношения выделяют эмоциональный и когнитивный компоненты [18,22].

Другие авторы считают, что самоотношение имеет трехкомпонентное строение и добавляют поведенческую составляющую в его структуру (И.С. Кон, Н.И. Сарджвеладзе)[6,15].

Мы поддерживаем теорию Н. И. Сарджвеладзе о трехкомпонентном строении самоотношения. По его мнению, оно включает в себя когнитивный, эмоциональный и когнитивный компоненты[15].

Следующий вопрос данного исследования – это вопрос об актуальности изучения самоотношения при состоянии зависимости в современных научных исследованиях. Библиометрический анализ отечественных и зарубежных научных публикаций по самоотношению при состоянии зависимости за период с 2006 по 2016 гг. проводился на основе следующих научных баз данных и научных журналов: eLibrary.ru; cyberleninka.ru; The HighWire.org; PsyJournals.ru. Поиск осуществлялся на основе ключевых слов: самоотношение, отношение к себе, состояние зависимости, алкогольная зависимость, пищевая зависимость, self-attitude, self-streem,astateofdependence,addictive, alcoholdependence, foodaddiction.

Общий объем публикаций по данной теме составил 9.



Рис.1- Гистограмма абсолютных частот зарубежных и отечественных научных публикаций по самоотношению при состоянии зависимости за период 2006 по 2016 года.

В результате библиометрического анализа зарубежных и отечественных научных публикаций по самоотношению при состоянии зависимости выявлено, что наибольшая абсолютная частота публикаций отечественных исследований соответствовала 2016 году. При этом в период с 2006 по 2010 год и 2012 по 2013 год научных публикаций по заданной теме не наблюдалось, что может быть обусловлено недостаточной фиксацией потенциала методического инструментария системно-динамической парадигмы для её решения. Так же не наблюдалось публикаций зарубежных исследований по данной теме с 2006 по 2016 годы.

Таким образом, в результате методологического анализа было выявлено, что существует множество исследований самоотношения в зарубежной и отечественной психологии, но отсутствует единый подход к определению данной категории. Библиометрический анализ зарубежных и отечественных публикаций по самоотношению при состоянии зависимости показал, что рассмотрение самоотношения в контексте данной патологии в настоящее время является недостаточно изученным и актуальным. После проведения структурного анализа было выяснено, что самоотношение является сложноструктурированным образованием, которое имеет трехкомпонентное строение и занимает важное место в системе саморегуляции.



Литература

1. Абульханова К. А. Психология сознания личности. Проблемы методологии, теории и исследования реальной личности / К. А. Абульханова–М.- 1999. - 224 с.
2. Бернс, Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. – М.: Прогресс.- 1986. - 422 с.
3. Братусь Б.С. Соотношение структуры самооценки и целевой регуляции деятельности в норме и при аномалии развития / Б.С. Братусь, В.Н. Павленко // Вопросы психологии.-1986.- № 4.- С. 146–154.
4. Захарова А.В. Психология формирования самооценки / А.В. Захарова.- Мн.: РБПК «Белинкоммаш».-, 1993. - С. 99.
5. Кон И.С. В поисках себя: Личность и ее самосознание / И.С. Кон. – М.: Политиздат.- 1984.- С.335.
6. Куперсмит С. Я. Концепция / С. Я. Куперсмит.- Екатеринбург.-1982.- 200с.
7. Лисина М.И. Психология самопознания у дошкольников / М.И.Лисина, А.И.Сильвестру. – Кишинев: «Штилица».- 1983.- 112 с.
8. Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии /Б. Ф. Ломов. М.: Наука.- 1984.- 444 с.
9. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу.-СПб.: Евразия.- 1999.-478 с.
10. МайерсД. Психология / Д. Майерс.- Минск.- 2008. -591с.
11. Психология самосознания: хрестоматия / Ред. Д.Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М.- 2003. - 672 с.
12. Сарджвеладзе Н.И. Структура самоотношения личности и социогенные потребности / Н.И. Сарджвеладзе // Проблемы формирования социогенных потребностей. – Тбилиси: «Мицниереба».- 1974.-С.26-31
13. Сарджвеладзе, Н. И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой / Н. И. Сарджвеладзе. – Тбилиси: Мецнисреба.-, 1989.-С.206
14. СоколоваЕ.Т. Особенности самосознания при невротическом развитии личности: Дисс. д-ра. псих, наук: 19.00.04. –М.- 1991. -107 с.
15. Столин В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М: МГУ.-1983.-284 с.
16. Чеснокова И.И. Проблемы самосознания в психологии / И.И. Чеснокова.- М.: Наука.- 1977.-144 с.
17. Шарай Т.П. Изменение самоотношения личности у женщин в результате многомерного психологического воздействия: Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук.- Казань 2005- с. 15
18. CoopersmitS. Tehantecedentsofself-esteem.-N.Y.: Freeman, 1967.



19. Rogers K.R., Dymond R.F. Psychotherapy and personality change. -Chicago, 1954. 344 p.
20. Rosenberg M. Conceiving the self. -N.Y, 1979. Kaplan H.B. Self-Attitudes and Deviant Behavior. – Pacific Palisades, Calif., 1975.
21. Wells L.E., Marwell G. Self-Esteem. – Its Conceptualization and Measurement. London, 1976.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕГУЛЯТИВНОЙ ФУНКЦИИ СУБЪЕКТА С ЛИЧНОСТНОЙ БЕСПОМОЩНОСТЬЮ

Сизова Я.Н., Пономарева И.В.

Челябинский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований на 2017-2018 гг. (номер проекта 17-36-01097).

Личностная беспомощность как системное качество субъекта определяет особенности регулятивной функции субъекта, представленной конструктом контроля поведения. Теоретические выводы, представленные в статье, являются предпосылками эмпирического исследования регулятивной функции субъекта с личностной беспомощностью различного типа. Полученное соотношение типов личностной беспомощности и особенностей регулятивной функции субъекта задают новые перспективы поисков в психологии развития субъектности человека.

Ключевые слова: личностная беспомощность, регулятивная функция субъекта, контроль поведения.

THEORETICAL SUBSTANTIATION OF THE INVESTIGATION OF THE REGULATORY FUNCTION OF THE SUBJECT WITH THE PERSONALITY OF INDEPENDENCE

Sizova Ya.N., Ponomareva I.V.

Personal helplessness as a systemic quality of the subject determines the characteristics of the regulatory function of the entity represented by the construct of



behavior control. The theoretical conclusions presented in the paper are preconditions of empirical research to the regulatory function of the subject with personal helplessness. The resulting ratio of personal helplessness and characteristics of the regulatory function of the entity set new perspectives of research in developmental psychology of personal subjectivity.

Keywords: personal helplessness, the regulatory function of the subject, the control of behavior.

Выделение категории субъекта в качестве центральной в системно-субъектном подходе требует определения специфических функций, которые дифференцируют данную категорию от других. Е. А. Сергиенко, опираясь на выделенные Б. Ф. Ломовым функции психических процессов: когнитивную, регулятивную и коммуникативную, выделила и относительно субъекта подобные функции, которые обладают статусом системности и субъектности одновременно. В качестве коммуникативной функции по отношению к субъектности является континуум субъект-субъектных и субъект-объектных взаимодействий, в качестве когнитивной функции – понимание, регулятивная функция субъекта представлена конструктом контроля поведения. Контроль поведения выступает в качестве основы, на которой строится регуляторная деятельность человека [2].

Контроль поведения – это единая система, включающая три подсистемы регуляции: когнитивный контроль, эмоциональную регуляцию, волевой контроль. Обозначая первую подсистему контроля поведения как когнитивный контроль, Е. А. Сергиенко включает в неё особенности меры интеллекта и стилевые когнитивные способности, обозначаемые как когнитивные контроли. Особенности интеллектуальных, когнитивных способностей обеспечивают анализ и упорядочивание внешней и внутренней среды, способствуют созданию ментальных моделей событий. Вторая подсистема контроля поведения – эмоциональный контроль, тесно связанный с когнитивным контролем и волевой регуляцией, основывается на эмоциональной устойчивости, интенсивности эмоций, способности различать эмоции других людей и понимать свои. Произвольный (волевой) контроль – третья подсистема контроля поведения – заключается в способности самоорганизации собственного поведения и деятельности, в способности преодолевать трудности на пути достижения значимой цели, в подчинении определенным целям, стандартам, смыслам [3].

Е. А. Сергиенко принадлежит мысль о том, что контроль поведения имеет ресурсную основу, то есть опирается на ресурсы субъекта. Под ресурсной основой контроля поведения, на основе выделенных подсистем, автор понимает индивидуальные когнитивные, эмоциональные и волевые ресурсы субъекта [3].



При этом подчёркивает автор, соотношение когнитивных, эмоциональных и волевых способностей носит индивидуальный характер, что, в свою очередь, говорит о своеобразии контроля поведения.

Особенности контроля поведения, основанного на ресурсах индивидуальности, зависят от уровня субъектности человека. Такое представление даёт основание предположить о взаимосвязи и взаимовлиянии личностной беспомощности, определяющей низкий уровень субъектности, и контроля поведения.

Субъектно-деятельностный подход, являясь теоретико-методологической основой концепции личностной беспомощности, позволяет интерпретировать личностную беспомощность с точки зрения развития субъектных характеристик. В рамках концепции личностной беспомощности (Д. А. Циринг, 2010) были выделены образования личностного уровня, противоположные по своему психологическому содержанию – личностная беспомощность и самостоятельность. Личностная беспомощность и самостоятельность, представляющие собой два полюса одного континуума, рассматриваются в роли фактора, определяющего уровень субъектности. Так, нахождение человека на той или иной точке континуума определяет уровень его субъектности, то есть активности, способности преобразовывать действительность, управлять своей деятельностью. Личностная беспомощность проявляется в поведении субъекта пассивностью, недостаточной настойчивостью, во взаимоотношениях с окружающими – трудностями и неудовлетворённостью от этих отношений, в деятельности – снижением её успешности. Таким образом, личностная беспомощность в рамках субъектно-деятельностного подхода определяется как «качество субъекта, представляющее собой единство определённых личностных особенностей, возникающих в результате взаимодействия внутренних условий с внешними, определяющее низкий уровень субъектности, то есть низкую способность человека преобразовывать действительность, управлять событиями собственной жизни, ставить и достигать целей, преодолевая различного рода трудности» [4]. Эмпирическим путём было доказано, что личностная беспомощность детерминируется особенностями взаимоотношений в семье, поощряющими низкий уровень дифференциации у детей: доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, жестокое обращение и неустойчивый тип воспитания (по классификации Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкиса) [4]. Структура личностной беспомощности представлена четырьмя компонентами: мотивационным, когнитивным, эмоциональным и волевым.

Исследуя феномен личностной беспомощности с позиций теории функциональных систем, И. В. Пономарева выделяет три функции личностной беспомощности, сформированные в зависимости от семейных



взаимоотношений: адаптивная, защитная, манипулятивная. Так, манипулятивная функция личностной беспомощности складывается при доминирующей гиперпротекции, адаптивная функция личностной беспомощности – при жестоком обращении и повышенной моральной ответственности, защитная функция – при противоречивом типе негармоничного семейного воспитания. Личностная беспомощность рассматривается автором как характеристика условно выгодная для субъекта в частности и для системы в целом [1]. С целью понимания разнообразия характеристик среди индивидов с личностной беспомощностью в исследовании И. В. Пономаревой (И. В. Пономарева, 2013) выделяются типы личностной беспомощности, определяемые доминирующей функцией: адаптивный, защитный, манипулятивный [1].

В то же время, не смотря на целенаправленное системное изучение личностной беспомощности, не установлено место этого феномена в системной организации психики, в континууме субъект-личность. Требуют исследования ограничения, которые накладывает личностная беспомощность на индивидуальные ресурсы психической организации человека в целом и реализацию регулятивной функции субъекта в частности.

Итак, принимая во внимание, что регулятивная функция субъекта, представленная конструктом контроля поведения, опосредуется внутренним миром человека, определяется уровнем развития человека как субъекта, считаем необходимым установить характер соотношения контроля поведения и личностной беспомощности различного типа. Исходя из описанных выше психологических особенностей субъектов с личностной беспомощностью, нам представляется важным изучить индивидуальное своеобразие системы контроля поведения у субъектов с различными личностными особенностями в рамках континуума «личностная беспомощность – самостоятельность».

Теоретические выводы, представленные в статье, являются предпосылками эмпирического исследования регулятивной функции субъекта с личностной беспомощностью различного типа. Полученное соотношение типов личностной беспомощности и особенностей регулятивной функции субъекта задают новые перспективы поисков в психологии развития субъектности человека.

Литература:

1. Пономарева И.В. Личностная беспомощность подростков из семей с нарушениями взаимоотношений: автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.13: защищена 26.12.2013 / Пономарева Ирина Владимировна. – М.- 2013. – 23 с.



2. Сергиенко Е.А. Проблема соотношения понятия субъекта и личности / Е.А. Сергиенко // Психологический журнал. – 2013. – Т.34- №2. - С. 5-16.
3. Сергиенко Е.А. Контроль поведения: индивидуальные ресурсы субъектной регуляции [Электронный ресурс] / Е.А. Сергиенко // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2009. – № 5(7). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 20.10.2017).
4. Циринг Д.А. Влияние детско-родительских отношений на формирование беспомощности у детей (системный подход) / Д.А. Циринг, С.А. Сальева // Психологические проблемы современной семьи: Материалы третьей международной конференции в 2-х частях. – 2007. – С. 398-403.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ КАК МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ

Симоненко И.А.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

В статье представлен теоретический анализ феномена идентификации как механизма развития личности ребенка в семье. Личность идентификационного партнера, её целостность и зрелость имеют большее значение в развитии ребенка, нежели степень родства или тот факт, кем именно с точки зрения семейных связей является этот человек.

Наиболее неблагоприятной с точки зрения развития личности ребенка является формирование идентификационной связи как защитного механизма. Идентификация с властным или агрессивным человеком, по механизму идентификации с агрессором препятствует развитию целостности личности и расщепляет её на эмоциональные доли «жертвы» и «агрессора».

Ключевые слова: идентификация, личность ребенка, психологическая помощь

IDENTIFICATION AS A MECHANISM OF PERSONALITY DEVELOPMENT OF THE CHILD IN THE FAMILY

Simonenko I. A.

The article presents a theoretical analysis of the phenomenon of identification as a mechanism of personality development of the child in the family. The identity of



the identity of the partner, its integrity and maturity are of greater importance in the development of the child than the degree of relationship or the fact who from the point of view of family ties is the man.

The most adverse from the point of view of the child's personality development is the formation of identity communication as a protective mechanism. Identification with a domineering or aggressive person, on the mechanism of identification with the aggressor prevents the development of personal integrity and breaks down her emotional shares "victim" and "aggressor".

Key words: identification, the identity of the child psychological help

Идентификация (от лат. *identificare*—«отождествлять», «устанавливать совпадение»)– процесс отождествления одного человека (субъекта) с другим (объектом). Процесс идентификации в работах З. Фрейда (в некоторых переводах – самоотождествление) возникает очень рано, преимущественно в связи с истерическими симптомами. Однако, со временем, как пишет Ж. Лапланш, Ж.- Б. Понталис [2] «самоотождествление заняло в работах Фрейда ведущее положение и стало обозначать не один из психических механизмов наряду с другими, но сам процесс образования человеческой субъективности» [2, стр. 51.] В цитируемой работе далее указывается, что развитие психоанализа привело к возрастанию роли идентификации, отныне различные личностные инстанции описываются уже не как самостоятельные системы, но как результат совокупности разнородных самоотождествлений.

Идеи идентификации классического психоанализа были развиты также в работах А. Адлера, Э. Фромма, а также М. Клейн, К. Хорни и др. В этих же направлениях рассматривали идентификацию Ж. Лакан и его последователи.

В отечественной психологии идеи развития ребенка через отождествляющую связь «мы», становятся одной из основных идей культурно-исторической теории Л.С.Выготского [1]. Лев Семенович разработал теорию, показывающую, как «через других мы становимся самим собой». В работах В.С. Мухиной дается подробный анализ процесса идентификации, как механизма развития личности и присвоения им социокультурного опыта. Мухина В.С. также вносит в описание основных механизмов развития личности идентификацию и обособление, описывая связь между этими механизмами как диалектическую[3].

Наиболее ранняя и достаточно очевидно наблюдаемая (через подражание) идентификация с матерью, рассматривается нами, как начало сложного и многовекторного процесса идентификации ребенка с другими значимыми людьми, группами, культурой. Потребность ребенка в сепарации от объекта первичной привязанности, развития автономии и индивидуации мы рассматриваем как системообразующий фактор в формировании триады.



Идентификация, рассматривается нами как механизм формирования первичной триады отношений ребенка в семье. Мы вводим понятие идентификационного партнера ребенка в семье, под которым понимаем человека, значимого как для ребенка, так и для его объекта привязанности (чаще всего матери) и состоящего как с ней, так и с ребенком в эмоциональной связи. Идентификация ребенка с таким партнером является формой проявления эмоциональной связи к близкому авторитетному лицу, и ведет к «интериоризации», «интроекции» внутренних психических структур личности идентификационного партнера.

Вопрос установления идентификационных партнеров ребенка в семье достаточно сложный и связан со многими аспектами семейной системы и особенностями самого ребенка. Мы считаем, что по анализу семьи, отношений матери и ребенка к различным её членам, вопросам границ, власти и т.п. не возможно точно определить, кто же является идентификационным партнером ребенка в семье. Эта информация должна являться лишь дополнительной к анализу поведенческих и психологических характеристик самого ребенка. Также, как невозможно по характеристикам матери сказать, насколько надежной является привязанность к ней ребенка. Качество привязанности можно узнать лишь по ребенку, по его «ответу» на проявления матери и различные ситуации. Так же невозможно определить идентификационного партнера ребенка в семье по одним лишь характеристикам семейной системы. Идентификация ребенка с тем или другим членом семьи является его персональным «ответом» на семейную ситуацию в целом, с учетом его актуальных потребностей и психологических особенностей. А значит и основная информация для определения идентификационного партнера связана с анализом психологических и поведенческих характеристик самого ребенка. Какие же это характеристики? Попробуем ответить на этот вопрос.

Прежде всего, следуя логике описания механизмов формирования триады, описанных В. Цимприх [6], ребенок нуждается в новой модели отношений с мамой как с объектом привязанности, что и позволит ребенку занять позицию, отнестись, а значит дистанцироваться и начать процесс сепарации в уже тесных для него диадных отношениях. Таким образом, во взаимодействии ребенка и матери начинают проявляться паттерны поведения другого значимого для ребенка и матери человека. В отношении и поведении ребенка к матери с некоторого момента (мы предполагаем, что это возраст от года до трех) мы можем распознать признаки отношения и поведения его идентификационного партнера к ней же. Это один из первых признаков в поведении ребенка, по которому мы можем диагностировать его идентификационного партнера. Вопрос, на который мы будем отвечать в связи с этим признаком, следующий: «Чье поведение в отношении матери копирует или частично проявляет ребенок?»



Подытоживая выше изложенную информацию, мы можем сказать, что под идентификационным партнером ребенка мы понимаем человека, значимого как для ребенка, так и для его объекта привязанности (чаще всего матери) и состоящего как с матерью, так и с ребенком в эмоциональной связи. Идентификация ребенка с таким партнером является формой проявления эмоциональной связи к близкому авторитетному лицу, и ведет к «интериоризации», «интроекции» внутренних психических структур личности идентификационного партнера, особенно в той её части, которая влияет на характер проявления себя в мире. Ребенок посредством идентификации интериоризирует отличную от матери модель общения и в целом установок в отношении себя и других людей, что способствует процессу обособления и сепарации в отношениях с объектом первичной привязанности. Отношения с первичным объектом привязанности и идентификационным партнером ребенка формируют первую триаду отношений в жизни ребенка.

Мы также можем сделать вывод о том, что личность идентификационного партнера, её целостность и зрелость имеют большее значение в развитии ребенка, нежели степень родства или тот факт, кем именно с точки зрения семейных связей является этот человек.

Наиболее неблагоприятной с точки зрения развития личности ребенка является формирование идентификационной связи как защитного механизма. Идентификация с властным или агрессивным человеком, по механизму идентификации с агрессором препятствует развитию целостности личности и расщепляет её на эмоциональные доли «жертвы» и «агрессора». Посредством идентификационных связей ребенок также может интегрировать деструктивные формы поведения, не пережитый травматический опыт, и другой стрессогенный эмоциональный опыт, а также способ совладения с ними идентификационного партнера.

Литература

1. Выготский Л. С. История развития высших психических функций / Выготский Л. С. // Собр. соч.: В 6 т. - М.- 1983. - Т.3. - С. 144.
2. Лапланш Ж. Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис.- М.: Издательство: Высшая школа.- 1996.- 623с.
3. Мухина В.С. Проблема генезиса личности / В.С. Мухина. - М.- 1985.-103 с.
4. Стерн Д.Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / Д.Н. Стерн - Спб.: Восточно - Европейский институт психоанализа, - 2006 – с. 376.



5. Шпиц Р.А. Первый год жизни / Р.А. Шпиц, У. Годфри, Коблинер / Пер. с англ. Л.Б. Сумм. Под ред. А.М. Боковикова – М.: Академический Проект.-2006.- С. 352.447.
6. Zimprich Vera. Die Einbeziehung der Familie in die Kinder-und Jugendlichenpsychotherapie: ein interpersonelle Arbeitsansatz. In: Kinder und Jugendlichen Psychotherapie – eineigenständigersatz innerhalb der Psychotherapie, PPP, Wien, 2004.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛИЧНОСТИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИОНОМИЧЕСКИХ ПРОФЕССИЙ

Старченкова Е.С., Столярчук Е.А.

СПбГУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 15-06-10638

В статье представлены результаты исследования взаимосвязи временной перспективы личности и профессионального здоровья у специалистов социономических профессий. Рассмотрены особенности профессионального здоровья на физическом, психологическом и социальном уровнях. Проанализированы гендерные особенности профессионального здоровья. Временные перспективы «позитивное прошлое», «негативное прошлое», а также «фаталистическое настоящее» связаны с низкими показателями профессионального здоровья на физическом и психологическом уровнях. Временная перспектива «Будущее» связана с низким уровнем профессионального выгорания и высокими показателями профессионального здоровья на социальном уровне.

Ключевые слова: профессиональное здоровье, временная перспектива, специалисты социономических профессий.

THE RELATIONSHIP OF TEMPORAL PERSPECTIVE OF THE INDIVIDUAL AND THE PROFESSIONAL HEALTH SPECIALISTS "HELP" PROFESSIONS



Starchenkov E. S. Stolyarchuk E. A.

The article presents the results of the study of the relationship between the time perspective and occupational health among specialists of socio-economic professions. Characteristics of occupational health at the physical, psychological and social levels are considered. Gender features of occupational health are analyzed. The time perspective "Past-Positive", "Past-Negative", as well as "Present-Fatalistic" are associated with low indicators of occupational health at the physical and psychological levels. The time perspective "Future" is associated with a low level of professional burnout and high level of occupational health at the social level.

Key words: occupational health, time perspective, specialists of socio-economic professions.

Психология профессионального здоровья представляет собой новое научно-практическое направление, которое развивается на стыке таких прикладных дисциплин как психология здоровья, организационная психология и психология труда.

Профессиональное здоровье обеспечивает способность субъекта к определенной профессиональной деятельности с заданными параметрами ее эффективности, качества, надежности на протяжении определенного периода жизни, а также устойчивость к неблагоприятным факторам или обстоятельствам, сопровождающим эту деятельность [3]. В настоящее время профессиональное здоровье рассматривается как полное физическое, психическое и социальное благополучие человека в условиях выполняемой им деятельности [4]. Ключевыми вопросами психологии профессионального здоровья являются: 1) обеспечение и поддержание здоровья работников; 2) улучшение производственных условий, способствующих безопасности здоровья; 3) развитие организации труда и рабочей культуры в направлении, которое обеспечивает здоровье и безопасность на работе и при этом также поддерживает позитивный социальный климат и увеличивает производительность труда.

Как известно, работа может оказывать амбивалентное влияние на стиль жизни человека, его физическое и психическое здоровье, и, в конечном счете, на долголетие. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы психологического обеспечения профессионального здоровья человека на всех этапах профессиональной деятельности от «входа» в профессию до «выхода» из нее [2]. Профессиональная деятельность специалистов социально-экономических профессий содержит определенные риски ухудшения профессионального здоровья: высокая насыщенность рабочего дня, обусловленная общением с



другими людьми; большое количество различных по смысловому и эмоциональному содержанию деловых контактов; высокий уровень ответственности за результат общения; необходимость понимания индивидуальных особенностей, притязаний и экспектаций своих партнёров по общению; притязания на неформальное общение при решении различных вопросов; наличие конфликтных и напряжённых ситуаций общения, связанных с недоверием, несогласием и отказом от дальнейшего взаимодействия и др. [1]. В связи с этим важной задачей психологии труда является поиск путей укрепления профессионального здоровья представителей социномических профессий.

Рассмотрение человеком собственного здоровья как ценности, необходимой для осуществления своих личных и профессиональных жизненных планов, во многом определяется особенностями временной перспективы личности. Личность, обладающая временной перспективой, продлевает настоящее, вбирая в него будущее и превращая его в мотивационное пространство. Понятие временной перспективы в современной психологии является неоднозначным, одни авторы включают в него все временные зоны человека — прошлое, настоящее, будущее (К. Левин, Ж. Нюттен, Л. Франк, Зимбардо Ф., Бойд Дж.), другие делают акцент только на будущем относительно прошлого и настоящего (О.Н. Арестова, А.И. Иванов, Н.Н. Толстых, И.А. Спиридонова). В. И. Ковалев ввел понятие временной трансперспективы как способности соединять настоящее, перспективу (будущее) и ретроспективу (прошлое) [6].

Ф. Зимбардо и Дж. Бойд определяют временную перспективу личности, как «зачастую неосознанное отношение личности ко времени и это процесс, при помощи которого длительный поток существования объединяется во временные категории, что помогает упорядочить нашу жизнь, структурировать её и придать ей смысл». [5, с.57]. Авторы выделяют шесть наиболее распространённых временных перспектив: негативное прошлое, позитивное прошлое, фаталистическое настоящее, гедонистическое настоящее, будущее и трансцендентное будущее.

Цель исследования состояла в изучении взаимосвязи временной перспективы личности и профессионального здоровья у специалистов социномических профессий.

Задачи: 1) изучить выраженность профессионального здоровья специалистов социномических профессий, 2) изучить особенности временной перспективы специалистов социномических профессий, 3) изучить особенности профессионального здоровья и временной перспективы в зависимости от пола респондентов, 4) изучить взаимосвязь временной перспективы личности и профессионального здоровья.



Гипотеза – высокие показатели временной направленности на настоящее и будущее связаны с высоким уровнем профессионального здоровья у специалистов социномических профессий.

Методики: опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI)), Опросник временной перспективы трансцендентного будущего Ф. Зимбардо (Transcendental-future Time Perspective Inventory (TFTPI)), методика оценки профессионального здоровья (Г. С. Никифоров, Р. А. Березовская, Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова).

Участники исследования. В исследовании приняли участие специалисты социномических профессий в количестве 119 человек (56 мужчин и 63 женщины), в возрасте от 20 до 69 лет, средний возраст - 31,5 год.

Результаты исследования показали, что для профессионального здоровья специалистов социномических профессий характерно:

- на физическом уровне: хорошее состояние здоровья и самочувствие, средний уровень физической активности, низкая частота простудных и хронических заболеваний;

- на психологическом уровне: высокий уровень эмоционального благополучия (бодрость, энергичность, спокойствие, устойчивость эмоционального фона), средний уровень стрессоустойчивости, хорошие показатели памяти и внимания, средний уровень профессионального выгорания, активное поведение, направленные на укрепление здоровья;

- на социальном уровне: специалисты социномических профессий больше удовлетворены такими аспектами профессиональной деятельности, как принадлежность к профессиональному сообществу, профессиональный авторитет, реализация профессионального потенциала и условия работы, в меньшей степени – профессиональной востребованностью, уровнем своей профессиональной компетентности и оплатой труда.

Дисперсионный анализ выявил значимые различия между мужчинами и женщинами по показателям *физического уровня* профессионального здоровья: «Самочувствие» и «Активность» выше у мужчин ($p < 0,01$), а «Частота заболеваний» реже у женщин ($p < 0,05$). На *психологическом уровне* профессионального здоровья мужчины по сравнению с женщинами имели более высокие показатели по шкалам «Эмоциональное благополучие» ($p < 0,01$) и «Внимание» ($p < 0,05$), в то время как у женщин был более выражен такой компонент выгорания, как «Деперсонализация» ($p < 0,05$). На *социальном уровне* профессионального здоровья мужчины по сравнению с женщинами имели более высокие показатели по шкалам «Удовлетворённость трудом» ($p < 0,05$) и «Профессиональный авторитет» ($p < 0,01$).

Таким образом, в целом мужчины-специалисты социномических профессий обладали более высокими показателями по всем трем уровням



профессионального здоровья: физическому, психологическому и социальному. Женщины были менее подвержены простудным и хроническим заболеваниям и были более склонными к формализованному общению с реципиентами.

Согласно результатам исследования, показатели временных перспектив у специалистов социономических профессий находятся в диапазоне средних значений. Наиболее выражены временные перспективы позитивного прошлого, а также будущего времени, а наименее – временные перспективы настоящего фаталистического и негативного прошлого времени.

Дисперсионный анализ выявил значимые различия между мужчинами и женщинами по показателям временных перспектив. У мужчин по сравнению с женщинами больше выражена временная перспектива «Будущее» ($p < 0,01$) и меньше «Трансцендентное будущее» ($p < 0,01$). То есть, мужчины более склонны к тщательному планированию своего будущего, к постановке целей и планов по их достижению, чем женщины. В то же время женщины более религиозны, больше верят в высшие силы, жизнь после смерти по сравнению с мужчинами.

Корреляционный анализ показал наличие следующих взаимосвязей временных перспектив и показателей *физического уровня* профессионального здоровья. Специалисты социономических профессий, ориентированные на «Позитивное Прошлое» и «Настоящее Фаталистическое» характеризуются низкими уровнями активности ($p < 0,05$) и самочувствия ($p < 0,01$). Временная перспектива «Настоящее гедонистическое» связана с высокой выраженностью активности ($p < 0,01$). Показатель «Заболеваемость (состояние здоровья)» положительно коррелирует с временными перспективами «Позитивное Прошлое» ($p < 0,01$) и «Трансцендентное Будущее» ($p < 0,01$) и отрицательно взаимосвязан с временными направленностями «Негативное Прошлое» ($p < 0,01$) и «Настоящее Фаталистическое» ($p < 0,05$). Реже болеют те, кто позитивно оценивает свое прошлое и верит в трансцендентное будущее в отличие от людей, которые не только оценивают свое прошлое негативно, но и не верят, что они могут повлиять на свое настоящее.

На *психологическом уровне* профессионального здоровья наиболее неблагоприятными являются временные перспективы «Негативное Прошлое», «Позитивное Прошлое» и «Настоящее Фаталистическое». Они связаны отрицательно с показателями эмоционального благополучия ($p < 0,01$), памяти ($p < 0,05$) и внимания ($p < 0,01$) и положительно – с показателями профессионального выгорания ($p < 0,05$). Временная перспектива «Трансцендентное Будущее» отрицательно взаимосвязана с показателями «Внимание» ($p < 0,01$) и «Эмоциональное благополучие» ($p < 0,01$), вероятно, отвлекая от насущных дел. Временная перспектива «Будущее» положительно связана с высокой оценкой профессиональных достижений ($p < 0,01$). Временная перспектива «Настоящее гедонистическое» была положительно связана с



«Поведением, направленным на укрепление здоровья» ($p < 0,05$) и отрицательно – со стрессоустойчивостью ($p < 0,05$).

На *социальном уровне* профессионального здоровья временные перспективы, направленные на прошлое (и позитивное, и негативное), а также на фаталистическое настоящее имели самое большое количество негативных взаимосвязей с показателями здоровья. Временная перспектива «Позитивное прошлое» была отрицательно взаимосвязана с «Удовлетворенностью реализацией профессионального потенциала» ($p < 0,05$), отражая недовольство положением дел на работе на настоящий момент времени. Специалисты социэкономических профессий, ориентированные на «Негативное прошлое» и «Настоящее фаталистическое» были не удовлетворены условиями труда ($p < 0,01$), оплатой труда ($p < 0,01$), содержанием деятельности ($p < 0,05$), принадлежностью профессиональному сообществу ($p < 0,05$), своим профессиональным авторитетом ($p < 0,01$), и возможностью реализации своего потенциала ($p < 0,05$). В то же время временные перспективы, связанные с будущим имели положительные взаимосвязи с показателями здоровья данного уровня. Временная перспектива «Будущее» была положительно связана с удовлетворенностью содержанием труда ($p < 0,05$), профессиональным авторитетом ($p < 0,01$), возможностью реализации профессионального потенциала ($p < 0,05$) и положительным самоотношением ($p < 0,05$). Временная перспектива «Трансцендентное Будущее» была положительно взаимосвязана с удовлетворенностью условиями труда ($p < 0,01$), оплатой труда ($p < 0,01$), содержанием труда ($p < 0,05$) и профессиональной компетентностью ($p < 0,05$).

Обобщая полученные результаты можно сказать, что респонденты, с ориентированные на гедонистическое настоящее более активны и чаще используют поведение, направленное на укрепление здоровья, но обладают низким уровнем стрессоустойчивости. Ориентация на трансцендентное будущее, с одной стороны, приводит к снижению активности, внимательности и переживанию эмоционального неблагополучия, с другой – к большей удовлетворенности такими сторонами профессиональной деятельности, как условия труда, зарплата у профессиональная компетентность. Ориентации на позитивное прошлое, негативное прошлое, а также на фаталистическое настоящее приводят к снижению показателей как *физического*, так и *психологического уровней* профессионального здоровья. Временная ориентация на будущее снижает выраженность синдрома выгорания, прежде всего, за счет высокой оценки своих профессиональных достижений, а также на *социальном уровне* повышает такие показатели профессионального здоровья, как позитивное самоотношение, удовлетворенность содержанием труда, удовлетворенность принадлежностью к профессиональному сообществу,



удовлетворенность профессиональным авторитетом, удовлетворенность реализацией профессионального потенциала.

Литература

1. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. - 2-е изд. - СПб.: Питер. - 2009. - 336 с.
2. Никифоров Г.С. Проблема профессионального здоровья / Психология профессионального здоровья // Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб: Речь.- 2006. - с. 9-39.
3. Никифоров Г.С. Психологические факторы профессионального здоровья преподавателей высшей школы / Г.С. Никифоров, Н.Е. Водопьянова, Р.А. Березовская, Е.С. Старченкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. - 2015.- № 4.- С. 42-54.
4. Никифоров Г.С. Психология профессионального здоровья как актуальное научное направление. / Г.С. Никифоров, С.М. Шингаев // Психологический журнал.- 2015.- Т. 36.- № 2.- С. 44-54.
5. Зимбардо Ф. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь / Ф. Зимбардо, Дж. Бойд. - СПб.: Речь.- 2010. - 352 с.
6. Ковалев В. И. Особенности личностной организации времени жизни / В.И. Ковалев // Гуманистические проблемы психологической теории. -М.- 1995.-300с.

ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ САМОУТВЕРЖДЕНИЕ В ПРЕОДОЛЕНИИ ЖИЗНЕННЫХ ЗАТРУДНЕНИЙ

Степашов Н.С., Дрёмова Н.Б, Конищева Е.В.

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет,
г. Курск, Россия**

Настоящая статья представляет собой анализ механизмов стимуляции стратегий преодоления затруднений.

Ключевые слова: жизненные затруднения, поведенческие стратегии, типы поведения, групповое поведение.

BEHAVIORAL ASSERTIVENESS IN OVERCOMING LIFE DIFFICULTIES

Stepashov N., Dremova N. B, E. V. Konishchev



This article is an analysis of the mechanisms for stimulating coping strategies.

Keywords: life difficulties, behavioral strategies, types of behavior, group behavior.

Проблема поиска успешных стратегий преодоления трудностей приобретает особую актуальность в связи с дифференциацией и выбором оптимальных организационно-технологических форм оказания помощи людям в ситуации жизненных затруднений.

В связи с этим ставится вопрос о возможности стимулирования различных стратегий, способствуя тем самым конструктивному разрешению человеком серьезных жизненных проблем. Наибольшую пользу в стимуляции стратегий преодоления трудностей могут принести положения:

1) Большую важность представляет информация о роли познавательных способностей в возникновении и разрешении проблем. Нарушение адаптации человека к трудностям могут зависеть от мыслей о своем ничтожестве, некритического восприятия стереотипных мнений, недооценки доступных стратегий поведения или других «негативных представлений о себе».

2) Постоянное внимание человека к негативным и ложным высказываниям о самом себе и о собственном поведении может стать причиной неэффективности преодоления своих трудностей.

3) Должны использоваться основополагающие стратегии решения проблем (определение проблемы, предвидения последствий, оценка реакции и т.д.).

4) Должны использоваться модели поведения и оценки, подтвердившие свою эффективность. Следует усилить концентрацию внимания и положительную самооценку.

5) Часто оказывается полезной простая тренировка использования специфических стратегий преодоления трудностей

6) Постепенное усложнение выдвигаемых перед человеком задач облегчает достижение все более сложных целей.

Эти положения относят к когнитивной терапии поведения и используют для развития стратегий преодоления трудностей как у здоровых, так и у психически больных, а также и в лечебных целях.

Следует отличать поведенческие реакции и стратегии преодоления трудностей от защитных психических механизмов личности. В основе стратегий преодоления трудностей и механизмов защиты лежат сходные основополагающие Я-процессы, расположенные в континууме, один плюс



которого соответствует конструктивному разрешению ситуации (преодоления трудностей), а противоположный – жесткому механизму защиты.

Предполагается, что любой психически здоровый человек, не фрустрированный не поддающимися разрешению проблемами, сначала прибегает к «здоровым» Я-процессам в форме стратегий преодоления трудностей, и лишь когда ситуация выходит за границы его возможностей, обращается к защитным механизмам. Процесс преодоления трудностей начинается с восприятия затруднительной ситуации, которое приводит в действие все доступные способы поведения, обеспечивая возможность конструктивного решения. В случае болезненных изменений психики бывает нарушена уже способность к восприятию ситуации. Возможно, при этом вообще отсутствует соответствующая программа поведения, основанная на прежнем опыте и когнитивных стратегиях, так что индивиду остается лишь «защищаться»[1,155] Поведенческие реакции и стратегии в условиях жизненных затруднений основываются на определенных закономерностях. Между психической нормой и психопатологией лежат пространства альтернативных состояний сознания, которые могут быть использованы для достижения архетипического прошлого, так, вероятно, и будущего.

А.А. Бодалев пишет, что между будничным, житейским «Я» человека и его высшим «Я», в котором концентрируется его действительный гражданский и профессиональный творческий потенциал, в подавляющем числе случаев существует зазор. Вместе с тем абсолютное большинство людей привыкает познавать, общаться, трудиться лишь на уровне своего будничного, житейского «Эго» и только с появлением для них очень субъективно значимых, экстраординарных условий они объективируют тот свой потенциал, который обнаруживается у них, когда актуализируется их высшее «Я».

Вершинные переживания, по А. Маслоу, если они возникают, коренным образом изменяют человека. На этом эффекте основана методика социореабилитации заикающихся взрослых людей и восстановление у них нормальной речи, разработанная Ю.Б. Некрасовой. Через создание новой меры возможностей человек начинает по особому воспринимать окружающий мир, себя в этом мире, свои возможности и обязанности в нем. Человек перестает отражать внешний мир узко индивидуалистически, формируются групповые интересы, астенические чувства меняются на стенические, пассивное поведение трансформируется в активное. Пережитые «пиковые состояния», благодаря их закреплению, теряют характеристики временности и превращаются в постоянные свойства личности. Глубокие изменения в сознании, коренная перестройка во всем ансамбле отношений к миру и такой же существенный сдвиг в выражении этих отношений, проявляющийся в большей позитивной значимости поступков человека для окружающих и в повышении



количественно-качественных показателей его работы, является психологической основой этого процесса. [2] Естественно, что в этих условиях активизируются индивидуальные реакции и стратегии поведения, масштаб и степень изменения при переходе от старого и привычного к новому – высшему. У одних включённость в содержание этого последнего «Я» потенциалов гражданственности и креативности оказывается более значительной, у других более скромной.

А.А. Бодалев выделяет несколько типов такого поведения:

- лица, считающиеся нормальными и не переживающие и специально организуемого перехода в познании мира во всех его частных проявлениях, в эмоциональных откликах на них и в характере поведенческих ответов и живущих на уровне «Я» привычно-повседневного. У них есть возможность познать этот мир, относиться к нему, действовать в нем на уровне своего высшего «Я». Это может проявляться в высокой гражданственности и профессионализме как подлинном мастерстве в избранной области труда;
- люди, у которых указанная возможность в реальной повседневности никогда не реализуется. Даже во взрослом состоянии они во всех сферах своей жизни не выходят за рамки обывательского существования и усвоенного раз и навсегда алгоритма выполнения той области деятельности, которая для них является профессиональной;
- люди, у которых в силу стечения определенных обстоятельств (как объективного, так и субъективного плана) ломается жизненная горизонталь и происходит подъем в поступках и деяниях с уровня тривиально-будничного «Эго» на уровень высшего для них «Я». Примером гражданского аспекта данного явления может служить единичные факты свершения либо патриотических поступков, либо достижения неординарных результатов в труде;
- люди, у которых однообразное и рутинное по форме движение по горизонтали жизненного пути множество раз прерывается фазами устремления вверх к жизнедеятельности на уровне высшего «Я»;
- люди со свойственным им жизненным путем, где уровень рутинного «ЭГО» для них не характерен вовсе, а во всех главных «ипостасях» человека как индивида, как личности и как труженика-творца проявляется типично-постоянное поступательное движение к высшему «Я»;
- люди нисходящие с высшего уровня «Я» к буднично-повседневному. Человек с уже утвердившемся высшим «Я» под влиянием определенных и конкретных обстоятельств и затруднений (болезнь, боязнь за судьбу своей семьи, страх перед физическими страданиями, психологические переживания и перегрузки на нелюбимой, но высокооплачиваемой работе и т.п.) может начать «дрейф» в сторону своего маленького будничного и



обывательского «Я» [3,82-84]. Подобные душевное движение в сторону патологии может рассматриваться как плата за развитие цивилизации. Такая точка зрения восходит к идеям дегенерации в литературе Э. Золя, работах психиатров В. Маньяна, Р. Леграна и Б. Мореля. Последний считал, что в ряде поколений вырождение следует по пути: невроз – психоз – слабоумие.

Печать греха родителей, рода, общества нравоучительно свидетельствует о необходимости моральной и нравственной гигиены. Дегенеративность относится к прошлому, ей нет места в будущем и она должна быть пресечена.

Дегенерация и выход из нее могут быть обусловлены не неразрывными, а циклическим процессами. Как считает В. Самохвалов, какую-либо устойчивость, по-видимому, можно объяснить только колебаниями (флуктуациями) вокруг некоторой средней. Возможно, именно так объясняется устойчивость в популяции среднего по уровню интеллекта и одинаковый риск развития психозов. Нечто подобное происходит и в историческом процессе, когда через определенное число лет повторяются вековые типы и ситуации.

В современной этологии (науки о поведении) и социобиологии патология считается одной из граней нормы и вписывается в систему/выигрыша. А нормальное/аномальное сбалансированы в зависимости от задач, связанных с выживанием в особых условиях.

Модель платы/выигрыша может быть разной в зависимости от затруднений. При депрессии, например, платой может быть вероятность опасности для себя и окружающих, нарушение коммуникации, одиночество, заброшенность. Депрессия дает в тоже время и выигрыш в поведении, поскольку возможна активизация альтруистического поведения у окружающих, членов семьи. Аномальное поведение влечет за собой деструкцию социальных связей и феноменов культуры, что с неизбежностью порождает потребность в образовании новых социальных связей и феноменов культуры. Самоубийство усиливает переживание утраты и депривационный стресс. Оставшиеся в живых увеличивают ресурс и активизацию деятельности тех, кто прежде отказывался от нее.

В. Самохвалов и В. Егоров распространили систему платы/выигрыша (негативного и позитивного) на социально-психологические феномены связанные с жизненными затруднениями в отношении индивидуального, группового и популяционного поведения человека в условиях социально-экологического кризиса.

На уровне индивидуального поведения для человека характерно:

- собирание и запасание;
- застывание и растерянность как реакция на отсутствие и лишение;
- риск быть обманутым.

Одновременно возможен и выигрыш, поскольку происходит:



- аккумуляция ресурса;
- поиск нового ресурса;
- стимуляция альтруистического поведения.

На уровне группового поведения затруднения приводят к:

- вакууму внешней активности группы;
- иммобилизации (от лат. неподвижный) в очередях;
- бандитизм как проявление групповой агрессии;
- снижение сексуальности и фертильности;
- повышение деструктивных тенденций на открытых пространствах.

Появляются и адаптивные преимущества группового поведения:

- повышение внутренней коммуникативности;
- стимуляция кооперации;
- повышение индивидуальной и семейной защиты для противодействия агрессии;
- родительская гиперпротекция, повышение консолидации семьи;
- межгрупповые диалоги и консолидация.

Популяционное поведение должно платить за кризис:

- усилением преступности, агрессивности, экстремальной миграцией, межэтническими конфликтами;
- высокой индукцией массовых психозов в период резкой смены иерархии ценностей.

Популяционное поведение в условиях кризиса содержит и перспективный материал:

- возникновение новых субкультур и повышение ценности этносов;
- повышение ранговых позиций психически больных и увеличение культурного разнообразия поведения. [4,69-70].

Жизненные кризисы и изменения ситуаций по-разному влияют на человека. Выделяется два основных плана этих действий:

1. Необходимость изменений первичной социальной среды, что вызывает изменения личного потенциала: снижения уровня самооценки, симптоматики достижений, повышение уровня тревожности.

2. Изменение пространственно-временных параметров жизни человека. Это не только нарушения привычного ритма и темпов жизни, ее размеренность во времени и пространстве, но и необходимость осознания, понятия и освоения новых временных механизмов кардинальных жизненных изменений, связанных с циклами событий в определенном временном масштабе, с этапами и фазами.

Есть данные, которые показывают, что ситуация ожидания неприятного для человека события переживается тяжелее, чем само уже свершившееся событие. Важным является и проблема предсказуемости и непредсказуемости



событий жизнедеятельности человека с ограниченными возможностями. Непредсказуемые и неуправляемые события, согласно Г. Селье, более опасны, чем предсказуемые и управляемые. Проведенные исследования позволяют утверждать, что время и пространство в переживании и преодолении негативных последствий ограничения возможностей выступают значимым личностным фактором.

Переживаемый людьми эмоциональный дискомфорт и чувство тревоги направляет их на поиск источников потенциальной опасности и контакт с нею. При приближении момента появления объекта угрозы, опасности, состояние тревоги усиливается, причем в результате большого эмоционального напряжения «время и пространство в этом периоде удлиняется» [5]. Х. Тома и У. Леер (Бонский научный круг) подчеркивают, что человек постоянно творит свой мир повседневности, создавая ответы на требование жизни и порождая свои «техники бытия» или «системы приспособления». Под приспособлением понимаются не только требуемые изменения человеком себя и своих временных перспектив, но и преобразование ситуации в соответствии с новыми возможностями и целями.

Литература

1. Рамшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности / Х. Рамшмидт / Перевод с нем.- М.: Мир.- 1994.- С. 155.
2. Некрасова Ю.Б. Психологические основы процесса социореабилитации заикающихся: Автореф. дисс. д-ра наук.- М.- 1992.-48с.
3. Бодалев А.А. Вершина в развитии взрослого человека: характеристики и условия достижения / Бодалев А.А.- М.- 1998.- С.82 - 84.
4. Самохвалов В. Психологический мир будущего / В.Самохвалов.- Симферополь: КИТ.- 1998.- С. 69 - 70.
5. Кемпинский А. Психология неврозов /А. Кемпинский.- Варшава.- 1975.- 390с.
6. Степашов Н.С. Феномен жизненных затруднений / Н.С.Степашов.- Курск: КГМУ.- 2002.- 136 с.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НАРРАТИВНОЙ МЕДИАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ СИСТЕМЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Тарасова А.Е.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России



В статье проанализировано современное состояние регулирования взаимоотношений субъектов целостного педагогического процесса в высшем образовании. Рассмотрено влияние конфликтов на здоровье образовательной организации. Проанализированы возможности нарративной медиации через прояснение доминирующих дискурсов, управляющих поведением участников конфликтной ситуации. Определено значение нарративной медиации в рамках восстановительного подхода, практикующегося в Российской Федерации.

Ключевые слова: высшее образование, конфликт, организационное здоровье, нарративная медиация, восстановительный подход

POSSIBLE APPLICATIONS OF NARRATIVE MEDIATION IN ORGANIZATIONS OF HIGHER EDUCATION SYSTEM

Tarasov A. E.

The article analyzes the current state of regulation of interrelations between subjects of the integral pedagogical process in higher education. The influence of conflicts on the health of the educational organization is examined. The possibilities of narrative mediation through clarifying the dominant discourses governing the behavior of participants in a conflict situation are analyzed. The importance of narrative mediation is determined within the framework of the restoration approach practiced in the Russian Federation.

Keywords: higher education, conflict, organizational health, narrative mediation, restorative approach.

Система высшего образования в России с начала 21 века трансформируется, стремясь отвечать запросам изменяющейся социальной реальности. Высшее учебное заведение как элемент системы образования является образовательной организацией и обладает свойствами коллектива, «созданного для выполнения определенных намерений или целей и характеризующегося формальной структурой правил, властными отношениями, разделением труда, ограниченным членством» [9, 77]. В статье 43 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (2013) устанавливает необходимость поддержания дисциплины внутри вузовского коллектива на основе уважения человеческого достоинства. Статья 47 вводит в обеспечение работы образовательной организации комиссии по урегулированию споров между участниками образовательных отношений и подтверждает «право на защиту профессиональной чести и достоинства, на справедливое и объективное расследование нарушения норм профессиональной



этики педагогических работников» [7]. Упоминание основ регулирования межличностных отношений указывает на наличие конфликтов в коллективе вуза. Конфликты могут наблюдаться по линиям «административный ресурс – вузовский коллектив», «преподаватель - преподаватель», «преподаватель - студент». Причины конфликтов: разногласия между академическими школами, отсутствие такта в общении, различия в профессиональном уровне, в ценностных ориентациях, во взаимных ожиданиях.

История урегулирования взаимоотношений субъектов целостного педагогического процесса вуза восходит к 1755 году: при организации Московского университета был предусмотрен университетский суд [5]. Его статус был закреплен в Университетских уставах 1804 и 1863 гг. Сферой применения обозначена область дознания: рассматривались ссоры, нарушения правил. Сегодня традиция правового регулирования осуществляется в деятельности этических комитетов – рекомендательных и консультативных органов, которые рассматривают проблемы этики и морали, вопросы некомпетентности при исполнении трудовых функций, защищают права и достоинства участников научных исследований.

Несмотря на то, что в рамках компетентностного подхода преподаватели и студенты являются равноактивными субъектами, наличие конфликтов в системе высшего образования оказывается системным элементом – без противоречий невозможно развитие, движение целостного педагогического процесса. К основным видам конфликтов в вузе относят конфликты дисциплины, конфликты в сфере дидактического взаимодействия, в методике обучения, в тактике взаимодействий участников деятельности обучения [1].

Конфликты вписываются в современное понимание здоровой образовательной организации. Здоровье организации оснащено высоким уровнем этики и продуктивности деятельности, низкой текучкой кадров, минимумом путаницы в организационных вопросах и минимумом интриг в межличностных взаимодействиях [2, 15]. При неизбежности конфликтных ситуаций здоровая организация быстрее преодолевает их, устраняет негативные последствия и консолидирует коллектив на принятие эффективных решений.

Продвижение через конфликтные события обеспечивается грамотной медиацией. Медиация определяется как процесс переговоров, организуемый и управляемый посредником, направленный к выработке взаимовыгодного соглашения и сохранению конструктивных отношений в долгосрочной перспективе [8, 109]; в высшем образовании – специальный вид деятельности педагога по нормализации отношений между конфликтующими [6, 53].

Наиболее «либеральной» моделью называют нарративную медиацию. Нарративное сопровождение конфликта организуется на принципах добровольности (стороны и посредник могут выйти из процесса без объяснения



причин), конфиденциальности (содержание встреч защищено от разглашения), беспристрастности (медиатор (посредник) «...не дает советов, не принимает никаких решений») [6, 54]. Объектами медиации являются затянувшийся конфликт; противоположные интересы сторон и отсутствие точек соприкосновения; различные трактовки критериев деятельности или разрешения конфликта; причинение вреда одному из оппонентов. В пространство медиации включаются стороны, которым важно сохранить хорошие отношения.

Нарративный подход к медиации основывается на предположениях о том, что конфликтующие люди находятся в рассогласованных описаниях реальности, порожденных в разных культурных, социальных, исторических контекстах. Собственно конфликт и возникает как следствие столкновений дискурсов (наборов идей, придающих смыслы социальным институтам, практикам и личному опыту), социально конструируемых в культуре общества, присвоенных участниками взаимодействия. Исходя из данных посылок, нарративная медиация выстраивается как событие во времени по законам истории, способствующее развитию «истории конструктивных взаимоотношений сторон» [3, 6]. Дж. Монк и Дж. Уинслэйд определяют цель нарративной медиации как помощь «участникам конфликта выстроить историю, преодолевающую доминирование конфликта над их жизнями», задачу – как помощь в преодолении раскола в отношениях через работу с конфликтными историями» [3, 7].

Во многом, на доминирующих дискурсах, культурных историях основываются убеждения людей в своем особом привилегированном положении по отношению к другим людям и ожидания к соответственному обращению в социальном взаимодействии. «Ощущение себя вправе» за счет привилегий становится причиной соперничества. В образовательном пространстве вуза правовыми амбициями могут быть приоритет возраста как дидактическая и научная состоятельность, доступ к ресурсам общества людей с более высоким уровнем образованности по сравнению с людьми с низким профессиональным статусом. Осознание своего превосходства порой ведет к пренебрежению правами другого человека – коллеги или обучающегося. Нарративная практика стремится выявлять подобные представления уже на начальном этапе медиации во избежание аннулирования соглашения сторон в финале встреч.

Нарративная медиация проходит через три фазы: вовлечение, деконструкция конфликтной истории, конструирование альтернативной истории [3, 11]. Содержанием первой фазы является установление отношений взаимного доверия со сторонами конфликта в рамках предварительных встреч, организация физического пространства и безопасности, сосредоточение на



невербальном поведении и дискурсивных позициях участников. Медиатор выясняет ожидания сторон от медиации. Погружение участников в историю конфликта происходит на второй фазе. Участники воспроизводят последовательность событий, в которых проявляется проблема, и оценивают последствия конфликта – его влияние на их жизнь и межличностные взаимодействия. Важным моментом становится разговор о представлениях, лежащих в основе конфликта. Третья фаза состоит из шагов по развитию и уплотнению предпочитаемой истории и укреплению отношений между сторонами для поддержки истории сотрудничества и подготовке соглашения – «протокола о намерениях». Особенность соглашения – понимание его в качестве вехи «на пути развития истории конструктивных взаимоотношений» [3, 16].

Документальное оснащение не является маркером последней фазы. Весь процесс нарративной медиации может сопровождаться документами. Зачастую, после каждой встречи нарративный медиатор направляет участникам письма с описанием конфликта как чего-то самостоятельного, осуществляющего отношения власти адресно к людям, в нем задействованным, имеющего планы на их будущее. Письма формируются в уважительном ключе и наполнены признанием заслуг союзников в борьбе с конфликтом. Во время очной встречи нарративный консультант обращает внимание на каждое малозаметное движение к сближению позиций и в письме раскрывает эти уникальные эпизоды. Признание добрых намерений в письменной форме помогает участникам конфликта развернуть их в реальные действия.

Нарративная медиация вписывается в заявленную в современной России практику восстановительного подхода к разрешению конфликтов в сфере образования через следующие составляющие процесса урегулирования противоречий в трудовом коллективе [4, 19]:

приглашение к ответственности – восстановление авторства (ответственность сторон подразумевает возмещение причиненного ущерба за счет осознания личной причастности и при поддержке сообщества);

формирование сообщества поддержки – восстановление связей (медиация не отделяет человека, совершившего проступок, от остальной части сообщества, а напротив, вплетает процесс разрешения проблемной ситуации в социальные связи);

многоголосие – восстановление участия (к обсуждению привлекается как можно больше мнений; создается сеть значимых людей, которые могут поддержать участников конфликта к принятию ответственности за свои действия – фокус внимания оказывается на ситуации исправления отношений);



разделение проблемы и человека (как проблема обозначаются действия и поступки, а не люди - с целью создания условий для принятия ими ответственности и избегания приписывания вины).

Таким образом, медиация в русле нарративного подхода в сфере высшего образования нацелена на определение конфликта в трудовых отношениях коллег или в отношениях обучающего и обучающегося как выражения доминирующих дискурсов и соответствующих позиций сторон, а не противоречащих интересов или объективных разнополярных фактов. Основным направлением медиации становится создание условий, благоприятных для развития истории неконфликтного делового взаимодействия. Нарративная медиация показывает возможность бесконфликтного существования через выявление предпочитаемых ценностей, установок, намерений. Участники, прошедшие медиацию, получают опыт осознания природы противоречий, конструктивного отношения к ним и их последствиям, анализа проблем и овладения собой в сложных ситуациях, проработки возможных путей преодоления конфликтов.

Литература

1. Валиев И.С. Анализ и способы решения конфликтов в сфере высшего образования / И.С. Валиев // Молодёжь и наука: Сборник материалов VIII Всероссийской научно-технической конференции студентов, аспирантов и молодых учёных, посвященной 155-летию со дня рождения К. Э. Циолковского [Электронный ресурс]. — Красноярск: Сибирский федеральный ун-т.- 2012.- (file:///C:/Users/%D0%9F%D0%9A/Downloads/s013-137.pdf).
2. Ленсиони П. Сердце компании: Почему организационная культура значит больше, чем стратегия или финансы / П. Ленсиони. — М.: Манн, Иванов и Фербер.- 2013. - 224 с.
2. Монк, Дж. Нарративная медиация: обзор работ [Электронный ресурс] / Дж. Монк, Дж. Уинслэйд. Переводизд.: Monk, G., Winslade, J. Narrative Mediation: A new approach to conflict resolution. / G. Monk, J. Winslade. - Jossey-Bass, 2000. — P. 224. / Пер. Д.А. Кутузовой. — (http://jjpk.perm.ru/_res/fs/file6042.pdf).
3. Отчет о научно-исследовательской работе по теме «Исследование и обобщение опыта зарубежных органов и организаций, работающих в области школьной медиации в образовательных организациях с целью разработки предложений по совершенствованию служб школьной медиации в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // Минобрнауки РФ. ФГБУ «Федеральный институт медиации». — М., 2016. — (http://fedim.ru/wp-content/uploads/2016/12/2.8_Otchet.pdf).



4. Проект «Об учреждении Московского университета и двух гимназий с приложением высочайше утвержденного проекта по сему предмету». Указ императрицы Елизаветы Петровны от 12.01.1755 [Электронный ресурс] // Летопись Московского университета. Аналитическая служба МГУ имени М.В. Ломоносова, 2017. – (<http://letopis.msu.ru/documents/270>).
5. Рябинина, Е.В. Медиация в работе педагога высшей школы [Текст] / Е.В. Рябинина // Образование и наука. - 2015. - № 2 (121). - С. 52-61.
6. Об образовании в Российской Федерации [Текст]: федер. закон от 1 сентября 2013 г. // Российское образование. Федеральный портал. – (<http://www.edu.ru/abitur/act.30/index.php#stat26>).
7. Чуприс А.С. Модели медиации в условиях образовательных учреждений [Текст] / А.С. Чуприс // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. - Калининград, 2016. - Сер.: Филология, педагогика, психология. - № 2. - С. 108-113.
8. Шведова М.Ф. Особенности вуза как образовательной организации / М.Ф. Шведова // Успехи современного естествознания.- М.: 2009.- № 6.- С. 77-78.

КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Тастан Т.Р., Тельбаев Д.А., Мырзатаев Н.Б.

В статье представлено обоснование необходимости повышения психологической и коммуникативной компетентности медицинских работников. Эффективность лечебного процесса зависит не только от профессиональной (медицинской) квалификации специалиста, но и от его коммуникативной компетентности.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность врача, эффективность лечебного взаимодействия.

COMMUNICATIVE COMPETENCE OF MODERN MEDICAL WORKERS

Tastan T.R., Telbaev D.A., Myrzataev N.B.



The article presents a substantiation of the need to increase the psychological and communicative competence of medical workers. The effectiveness of the treatment process depends not only on the professional (medical) qualification of the specialist, but also on his communicative competence.

Key words: communicative competence of the doctor, effectiveness of therapeutic interaction.

Врач – мастер своего дела. Это специалист, глубоко знающий свое дело, хорошо знакомый со смежными отраслями науки, практически разбирающийся в вопросах общей и, особенно, возрастной психологии, в совершенстве владеющий методикой обучения и воспитания.

Кризисные явления в современном обществе, связанные с семейным неблагополучием, неудовлетворительная зарплата, интенсивная нагрузка в профессиональной сфере, коммерциализация медицины и, как следствие, снижение доверия к медицинским работникам, создают дополнительные психологические сложности для человека. Ежедневно на прием к врачу приходят разные по возрасту, социальному и профессиональному статусу пациенты. При этом имеет огромное значение эффективность взаимодействия врача и пациента. В связи с этим возникает необходимость для молодых специалистов в приобретении психологической компетентности при взаимодействии с пациентами. Высокий уровень коммуникативности медработника влияет на профессиональный рост и эффективность лечебного взаимодействия [1,2,3].

По сравнению с другими профессиями, врач всегда находится на виду. Квалифицированный врач должен обладать знаниями и навыками не только в области медицины, но и иметь в себе качества педагога и опытного психолога. Здесь мы можем вспомнить работу Ананьева Б.Г. «Человек как предмет познания», который описывал взаимосвязи психологии с другими научными дисциплинами.

В основе человеческих взаимоотношений лежит взаимопонимание и взаимодействие. Профессионализм врача зависит не только от его знаний и высокой медицинской квалификации, но и от его коммуникативных навыков.

К сожалению, сейчас ни для кого не является секретом, то что в наше быстротечное информационно - развитое время встречаются специалисты медицинского профиля, которые оставляют у нас не самые высокие чувства.

Квалифицированный специалист в любой области – это тот, кто не лениться учиться всю жизнь.

Литература



1. Fagin L., Garelicke A. Отношения «Врач - Менеджер» Обзор Современной Психиатрии. Вып. 30, 2006 (Advances In Psychiatric Treatment 2005, Vol. 11, 424-431)
2. Грушевицкая Т.Г. Основы межкультурной коммуникации / Т.Г. Грушевицкая, В.Д. Попков, А.П. Садохин.- М.-2003.- 352 с.
3. Дитлс Р. Убеждения. Пути к здоровью и благополучию / Р. Дитлс, Т. Халлдом, С.Смит.-М.: «Вега».- 1993г.-400с.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Тастан Т.Р., Шликбаева Б.А., Абдилманова Э.Н.

В статье представлены аргументы необходимости комплексного междисциплинарного подхода к адаптации, социализации и обучению детей с ограниченными возможностями здоровья. Совместная и согласованная работа различных специалистов: медицинских и социальных работников, педагогов, психологов, а также их взаимодействие с родителями обеспечивает эффективность психосоциальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, социальная адаптация, психосоциальная реабилитация

THE MAIN DIRECTIONS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH LIMITED HEALTH OPPORTUNITIES

Tastan T.R., Shlikbaeva B.A., Abdilmanova E.N.

The article presents arguments for the need for an integrated interdisciplinary approach to adaptation, socialization and education for children with disabilities. Joint and coordinated work of various specialists: medical and social workers,



teachers, psychologists, and their interaction with parents ensures the effectiveness of psychosocial rehabilitation of children with disabilities.

Key words: children with disabilities, children with disabilities, social adaptation, psychosocial rehabilitation

Неблагоприятная экологическая ситуация, складывающаяся в настоящее время, а также сложные социально-экономические условия, приводят к росту заболеваемости родителей (особенно матерей), что, в свою очередь, выступает в качестве фактора риска увеличения числа детей-инвалидов.

В нашей стране особую значимость обозначенной проблеме придает то, что до 1917 года система оказания помощи этой категории детей отсутствовала, а после 1917 года и вплоть до 1990-х годов работа с данной категорией детей осуществлялась изолированно от общества в специальных домах-интернатах. Вплоть до начала 21-го века проблемы детей-инвалидов оставались где-то «за границами» жизни здорового человека. Сейчас же внимание в отношении детей-инвалидов проявляется как со стороны общественного сознания, так и со стороны современной науки и практика. Сами понятия «инвалид» и «ребенок-инвалид» приобрели не только медицинский, но и социальный смысл. Сейчас многие специалисты работают над разрешением комплекса проблем детей со специфическими нуждами. Но для того, чтобы понять их проблемы, выявить их особенности и специфику работы с ними, необходимо, прежде всего, выяснить, что же, включают в себя понятия «инвалид», «инвалидность».

Согласно Декларации о правах инвалидов (ООН, 1975) понятие «инвалид» означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и /или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного, физических или умственных возможностей. В идеологии Советского Союза понятие «инвалид» отражало потерю трудоспособности, что, в свою очередь, проявлялось в присвоении групп инвалидности при обязательном медицинском освидетельствовании. Но очевидно, что несовершеннолетний ребенок трудоспособность потерять не может, так как он ее просто еще не имеет. Дети-инвалидами сейчас принято называть детей, имеющих «значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации, вследствие нарушения роста и развития ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем». А «инвалидность» в детском возрасте можно определить как «состояние стойкой социальной дезадаптации, обусловленное хроническими заболеваниями или патологическими состояниями, резко ограничивающими возможность включения ребенка в адекватные возрасту воспитательные и



педагогические процессы, в связи с чем возникает необходимость в постоянном дополнительном уходе за ним, помощи или надзоре».

Однако следует отметить, что и за рубежом, и в нашей стране идет процесс перехода к более гуманной и гибкой терминологии. В отношении детей с любыми нарушениями теперь нормой считается говорить дети с ограниченными возможностями здоровья. Проблема инвалидности является актуальной проблемой, что аргументируется убедительными данными международной статистики, согласно которой число инвалидов во всех странах велико и четко прослеживается тенденция к его увеличению.

В современном мире остро встает вопрос, связанный с проблемами детей-инвалидов, касающихся практически всех сфер нашего общества: от нормативно-правового обеспечения (законодательных актов) и социальных организаций, которые призваны оказывать помощь этим детям, до социально-психологического сопровождения семей, воспитывающих детей-инвалидов [7].

Для детей с ограниченными возможностями здоровья создаются реабилитационные центры, в которых им и их семьям оказывается медицинская, социальная, психологическая помощь. Однако существующее количество таких специализированных центров не способно обеспечить всех нуждающихся в полном объеме. Так же остро стоит проблема образования детей с ограниченными возможностями здоровья. Многие школы, детские сады, колледжи и вузы просто не могут принять детей-инвалидов потому, что в них или нет совсем или катастрофически не хватает ни специализированного материально-технического обеспечения, ни специально подготовленных людей. Особым детям необходима помощь, принятие и понимание не только со стороны родителей, но и общества в целом, только так они смогут почувствовать свою «нужность», что их действительно любят и понимают.

Чем раньше ребенок с ограниченными возможностями здоровья получает помощь, тем больше шансов, что он будет ходить в обычный детский сад, обучаться в обычной общеобразовательной школе. В идеале коррекционная помощь должна начинаться практически сразу после рождения, как только могут быть выявлены соответствующие проблемы [5,6].

Отмечая государственное внимание к данной категории детей, успешное развитие отдельных медицинских и учебно-воспитательных учреждений, тем не менее, необходимо признать, что уровень помощи в обслуживании детей этой категории не соответствует потребностям, так как не решаются проблемы их социальной реабилитации и адаптации в будущем [9-15]. Вопросы развития личности ребенка, его ощущения «самого себя» в обществе, образовательной структуре, его взаимоотношения с социумом уходят из поля внимания специалистов. Система обучения детей с ограниченными возможностями



здоровья не охватывает значительной части нуждающихся (в настоящее время число таких детей постоянно растет).

Современное состояние индивидуального обучения на дому (это в полной мере относится и к организации учебной деятельности в детских лечебных учреждениях здравоохранения) не отвечает требованиям целостного подхода к личности больного ребенка, так как успех реабилитации таких детей в значительной степени зависит от развития у них эмоционально-волевой сферы и личностных особенностей.

Важнейшей проблемой при работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья является выявление семейных психологических механизмов, которые оказывают влияние на особенности поведения и психическое здоровье данной категории детей. Большинство семей отличаются гиперопекой, снижающей социальную активность и адаптивность ребенка, но встречаются семьи с явным или открытым эмоциональным отвержением больного ребенка.

Не менее важным направлением работы также является профориентация ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Правильный выбор профессии с учетом индивидуальных возможностей позволяет ему быстрее адаптироваться в обществе. Необходимо отметить, что организация обучения на дому, которая является общепринятой практикой обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, вызывает серьезные претензии со стороны родителей не только нерегулярностью занятий, но и отсутствием у педагогов специальных психологических знаний, требуемых для индивидуального подхода к личности больного ребенка, невозможностью оказать родителям квалифицированную консультативную помощь по вопросам воспитания и коррекции поведения, внутрисемейным отношениям, организации психо-реабилитационных мероприятий. Следовательно, в работе с данной категорией детей для полноценной реализации школьной программы недостаточно только профессиональных знаний учебного предмета — нужны специальные знания.

Значимой составной частью социальной работы является психолого-педагогическая подготовка родителей. Психолого-педагогическое образование родителей означает систематически проводимую и теоретически обоснованную программу, целью которой является трансляция знаний, формирование соответствующих представлений и навыков развития, обучения и воспитания детей с ограниченными физическими возможностями и использование родителей в качестве ассистентов педагогов.

Методологическим основанием программы психолого-педагогического образования родителей является положение о том, что семья - это та среда, в которой у ребенка формируется представление о себе, его Я-концепция, где он



принимает первые решения относительно себя, и где начинается его социальная природа, ибо задача семейного воспитания - помочь ребенку с ограниченными возможностями стать компетентным человеком, который использует конструктивные средства для формирования чувства собственного достоинства и достижения определенного общественного положения [2,3,4,8].

Следует отметить, что только совместная работа социальных работников, педагогов, психологов и родителей в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья позволит комплексно подойти к решению проблемы развития личности ребенка, его социальной реабилитации и адаптации в будущем.

Современные требования социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья требуют переориентации профессионального обучения специалистов, работающих с данной категорией детей, с традиционных технологий к новым, позволяющим обеспечить реализацию индивидуального подхода к детям с ограниченными возможностями здоровья. В то же время, функционирование организаций, предоставляющих детям возможности учиться дистанционно, позволяет сделать вывод о необходимости всесторонней поддержки этого направления как со стороны государства [1], так и со стороны благотворительных организаций.

Литература

1. Вопрос государственной поддержки // Вопр. соц. обеспечения. – 2008. - № 10. - С. 2-4
2. Егизарян Г. Н. Роль семьи в развитии адаптивных возможностей ребенка с ограниченными возможностями / Г. Н. Егизарян // Сахалин. образование – XXI век. – 2008. – № 3. – С. 35–36.
3. Коваленко И. Семья на все времена / И. Коваленко // Вопр. соц. обеспечения. – 2007. – № 16. – С. 11
4. Федосенко О. А. Социально-психологические характеристики семейного окружения детей-инвалидов / О. А. Федосенко // Сахалин. образование – XXI век. – 2008. – № 3. – С. 12–13.
5. Астапов В. М. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития / В. М. Астапов, Ю. В. Микадзе. – 2-е изд. – СПб.: Питер.- 2008. – 256 с.
6. Бабкина Н. В. Психологическое сопровождение детей с ЗПР в общеобразовательной школе / Н. В. Бабкина // Дефектология. – 2006. – № 4. – С. 38–45.
7. Власова Л. М. Современные подходы к проблемам комплексной реабилитации детей с ограниченными умственными возможностями / Л. М. Власова // Работник соц. службы. – 2005. – № 1. – С. 7–11.



8. Юдакова С. В. Точка опоры : опыт работы с родителями в процессе реабилитации детей-инвалидов / С. В. Юдакова // *Работник соц. службы.* – 2005. – № 3. – С. 38–46.
9. Ярская-Смирнова Е. Р. Социальная работа с инвалидами : учеб. пособие для вузов / Е. Р. Ярская-Смирнова, Э. К. Наберушкина. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2005. – 315 с.
10. Гуслова М. Н. Социокультурная деятельность в реабилитации детей и подростков с инвалидностью и членов их семей / М. Н. Гуслова // *Работник соц. службы.* – 2008. – № 1. – С. 58–66.
11. Попова Н. Т. Театр с участием людей с интеллектуальными нарушениями / Н. Т. Попова // *Дефектология.* – 2005. – № 5. – С. 48–54.
12. Головина Н. Ограниченные возможности? Нет, уникальные! / Н. Головина // *Библиотека.* – 2009. – № 3. – С. 45–48
13. Кабачек О. Л. Детская библиотека – для детей с нарушениями в развитии / О. Л. Кабачек // *Дефектология.* – 2007. – № 1. – С. 32–38.
14. Чуппуева Л. В. Особые дети / Л. В. Чуппуева // *Библиотека.* – 2008. – № 3. – С. 2–3
15. Шапошников А. Е. Библиотеки для слепых в системе социокультурной реабилитации инвалидов / А. Е. Шапошников // *Библиотековедение.* – 2006. – № 4. – С. 27–32

БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

Тастан Т.Р., Шликбаева Б.А., Абдилманова Э.Н.

В статье представлены содержание и критерии здоровья и болезни с позиций комплексного био-психо-социального подхода. В условиях современной медицины эффективность лечения пациентов определяется не только профессиональной квалификацией медицинского работника, а в большей степени возможностью реализации комплексного подхода к процессу лечения.

Ключевые слова: био-психо-социальный подход, психическое здоровье, клиническая психология.

BIO-PSYCHO-SOCIAL APPROACH TO UNDERSTANDING HEALTH AND ILLNESS

Tastan T.R., Shlikbaeva B.A., Abdilmanova E.N.



The article presents the content and criteria of health and illness from the standpoint of a comprehensive bio-psycho-social approach. In modern medicine, the effectiveness of patient treatment is determined not only by the professional qualifications of the medical worker, but more by the possibility of implementing an integrated approach to the treatment process.

Keywords: bio-psycho-social approach, mental health, clinical psychology.

Врачебная деятельность является одним из наиболее сложных видов профессиональной деятельности, так как именно от него порой зависит жизнь человека. Современная медицина предполагает комплексный подход к лечению больного, который должен сочетать три основных вида терапевтического воздействия: биологический, психологический и социальный. Поскольку все большее количество проблем со здоровьем обнаруживают связь со стилем жизни и поведением человека, у врачей возникает необходимость построения особых форм взаимодействия с пациентом для повышения эффективности лечебного процесса, позволяющих учитывать индивидуальные особенности пациента, его эмоциональное состояние, систему установок. Эта новая точка зрения привела к тому, что практическая медицина стала шире смотреть на проблему пациента: больной больше не является лишь носителем какого-то заболевшего органа, его необходимо рассматривать и лечить как человека в целом.

Клиническая психология позволяет сформировать целостное представление о человеке как субъекте заболевания, активно преодолевающего его, практические навыки эффективного взаимодействия в системе «врач-пациент», необходимые в профессиональной деятельности медицинского работника. Понятие «болезнь» используется для характеристики таких состояний человека, которые уже не выглядят как нормальные и поэтому нуждаются в специальном объяснении. Используя понятие «болезнь», мы объясняем изменения состояния человека. Они являются результатом изменений в самом человеке, как правило, в его организме. Изменившееся субъективное состояние обозначается как «плохое самочувствие». Таким образом, болезнь описывается в трех измерениях: телесно-биологическое измерение → болезнь; психологическое измерение → плохое самочувствие; социальный аспект → изменившееся поведение, роль больного.

В клинической психологии актуальным остается вопрос о разграничении нормы и патологии в смысле отделения состояний здоровья от состояний болезни. Особенно остро эта проблема стоит в области психического здоровья. Психическое здоровье рассматривается как благополучие функционирования личности, которое характеризуется высоким уровнем личностного развития,



личностной зрелости человека. Психологически здоровый человек живет в гармонии с самим собой и с другими людьми, полноценно реализуя свою сущность. Признаки (критерии) психологического здоровья: позитивная установка по отношению к собственной личности; духовный рост и самореализация; интегрированность, цельность личности; автономия, самодостаточность личности; адекватность восприятия реальности; компетентность в преодолении требований окружающего мира.

Практическая деятельность в клинической (медицинской) психологии ориентирована на взаимодействие с пациентом, имеющим душевные, телесные, невротические или психосоматические проблемы. Болезнь при этом рассматривается не только как биологический, но и как психологический феномен. Она приводит к изменениям не только на морфо-функциональном уровне, но и на психологическом, что, в свою очередь, проявляется на уровне ощущений, эмоций, представлений, отношения к себе, отношений с окружающими и поведения человека. Принятие человеком роли больного в ситуации заболевания определяет характер его переживаний, отношение к лечению, обуславливает эффективность лечения и совладания с заболеванием. Человек не только формирует свое отношение к заболеванию, он может также позитивно или негативно повлиять на течение своей болезни, и на ее исход. Какими бы значительными ни были медицинские, физические или психические последствия болезни, оценка и решение этих проблем в решающей степени зависят от личности больного, его жизненного опыта, социального статуса и условий жизни. Выработка способов преодоления зависит и от опыта преодоления других жизненных кризисных ситуаций.

Литература

1. Тастан Т.Р. Мастерство современного врача XXI века / Т.Р.Тастан, Б.А. Шликбаева, Э.Н. Абдилманова.- Шымкент – 2016.-250с.
2. Козлов В.В. Психология XX – XXI столетия: теория и практика / В.В. Козлов, В.А. Мазиллов.- Москва.- 2014.-300с.
3. Козлов Н. Как относиться к себе и людям /Н. Козлов.- М.: «Новая школа».- 1993.-334с.
4. Козлов В.В. Особенности социально- психологических кризисов / В.В.Козлов // ЧФ: Социальный психолог.- Ярославль – Москва.- 2012.-Вып.- №2 (24).-С.16-21



ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ БОЛЬНЫХ С ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Толкачева Л.В., Селина И.А.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Россия**

В статье представлены результаты исследования жизнестойкости больных паническими расстройствами. В исследовании приняли участие 12 женщин, имеющих верифицируемый диагноз соматоформных расстройств и 12 здоровых женщин. В исследовании применялся тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у людей с паническими расстройствами значительно снижены результаты по шкалам вовлеченность и контроль, а также показатели общей жизнестойкости.

Ключевые слова: паническое расстройство, особенности личности, тревожность, жизнестойкость.

FEATURES OF RESILIENCE IN PATIENTS WITH PANIC DISORDERS

Tolkacheva L. V., Selin I. A.

The article presents the results of a study of the viability of patients with panic disorders. Twelve women with a verifiable diagnosis of somatofromic disorders and 12 healthy women participated in the study. The study used a test of resilience DA. Leontief. The results obtained show that in people with panic disorders the results on the scales of involvement and control, as well as indicators of overall resilience are significantly reduced.

Keywords: panic disorder, personality traits, anxiety, vitality.

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].

Это патологическое состояние, характеризуется повторными паническими атаками и занимает в МКБ-10 соответствующую рубрику (F41.0) [4].

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 паническими 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 жизнестойкости 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 применялся тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева.

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 высоком 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.

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.

Литература

1. Дюкова Г.М. Вегетативные пароксизмы // Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Г.М. Дюкова / Под ред. А.М. Вейна М.: Медицинское информационное агентство.- 1998.- С. 121-170.
2. Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапии. Дис. на соискание уч. степени доктора мед. наук.- М.- 2002.-458с.
3. Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид.- М.: Экспертное бюро.- 1997.- 402 с.
4. Семке В.Я. Панические расстройства (клиника, факторы риска, лечение) В.Я. Семке, И.А. Погосова, А.В. Погосов. -Томск: Изд-во Том. ун-та.- 2003.- 191с.

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЦП В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Филатова Е.А.¹, Ковалева О.Л.¹, Кулабухова М.А.², Руденко Е.В.¹

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

²МБОУ СОШ «29» учитель, г. Белгород, Россия

Статья посвящена изучению аспектов творческой активности у детей с детским церебральным параличом. Традиционная система образования перестает удовлетворять современным требованиям, современная концепция



образования и воспитания включает в себя проблему воспитания творческой личности. Это в полной мере относится и к детям с ограниченными возможностями здоровья, а именно к детям с детским церебральным параличом (далее ДЦП). Именно творческая деятельность у детей с ДЦП, выступая одним из факторов психолого-педагогической реабилитации, может усиливать ощущение собственной личностной значимости, помогает строить социальные контакты, повышает самооценку. Показаны особенности выраженности компонентов креативности и преобладающего типа мышления детей данной выборки, что должно учитываться при организации и проведении комплексной психолого-педагогической коррекции патологического развития личности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Ключевые слова: детский церебральный паралич, вербальная креативность, творческая активность.

TO THE QUESTION OF DEVELOPMENT OF CREATIVE ACTIVITY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY IN THE SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL-PEDAGOGICAL REHABILITATION

Filatova E. A., Kovaleva, O. L., Kulabukhova M. A., Rudenko E. V.

The paper studies aspects of creative activity in children with cerebral palsy. Traditional education system does not satisfy modern requirements, the modern concept of education involves the problem of education of a creative personality. This fully applies to children with disabilities, namely children with cerebral palsy (further ICP). It is a creative activity in children with cerebral palsy, as one of the factors of psycho-pedagogical rehabilitation, may enhance the feeling of personal significance, helps to build social contacts, increases self-esteem. The features of the expression of components of creativity and the predominant mindset of children in this sample, which should be considered when organizing and conducting a comprehensive psycho-pedagogical correction of pathological personality development of children with disorders of locomotor apparatus

Key words: cerebral palsy, verbal creativity, creative activity.

Церебральная недостаточность, формирующаяся при ДЦП, может выступать основой развития когнитивных расстройств, психогенных реакций, патологического формирования личности в связи с неблагоприятным психосоциальным влиянием, обусловленным нарушением двигательных и психических функций. В настоящее время возникла необходимость смены приоритетов традиционной школы в сторону создания возможности для самореализации и развития творческой индивидуальности личности. Это в



полной мере относится и к детям с ограниченными возможностями здоровья, а именно к детям с ДЦП [3; 6]. В процессе творческой активности у ребенка с ДЦП усиливается ощущение собственной личностной значимости, активно строятся индивидуальные социальные контакты, возникает чувство внутреннего контроля и порядка, творчество помогает справиться с внутренними трудностями, негативными переживаниями [6].

Проблемами изучения особенностей детей с данной патологией занимались такие ученые как: Э.С. Калижнюк в контексте психических нарушений, Е.М. Мастюкова в рамках коррекционно-воспитательной работы, О.В. Прикодько, И.Ю. Левченко в теории обучения и воспитания детей с ДЦП и другие [4]. В настоящее время для специалистов, работающих с детьми с ДЦП, при проведении комплексных реабилитационных мероприятий актуальными остаются задачи восстановления социальной адаптации на основе собственной творческой активности ребенка [1; 2; 5]. Однако исследований по этому вопросу недостаточно, что и обусловило выбор темы и проблему исследования.

В исследовании особенностей творческой активности приняли участие 20 детей младшего школьного возраста: из них - 10 детей с ДЦП и 10 детей без особенностей развития опорно-двигательной системы.

Для решения задач по выявлению особенностей творческой активности детей с ДЦП в нашем исследовании были использованы следующие методы:

- тест креативности Э.П. Торренса «Необычное использование» в адаптации Е.Е. Туник;
- «Завершение фигуры» в адаптации Е.И. Щеплановой; методика Дж. Брунера «Определение типов мышления и уровня креативности»;
- методы математической статистики - критерий Манна – Уитни для выявления различий в двух независимых выборках с помощью программы SPSS (ver.13).

Результаты исследования выраженности креативности в обеих группах выборки представлены на рис. 1.

Выраженность показателей креативности у детей без особенностей развития опорно-двигательного аппарата и у детей с ДЦП отличается, а именно показатели беглости, гибкости, оригинальности и разработанности у детей без особенностей выше, чем у детей с ДЦП. Это говорит о том, что у детей с ДЦП в связи физическими недостатками снижен уровень притязаний и самооценки. Они менее уверены в себе, склонны действовать по сложившемуся образцу (стереотипу).

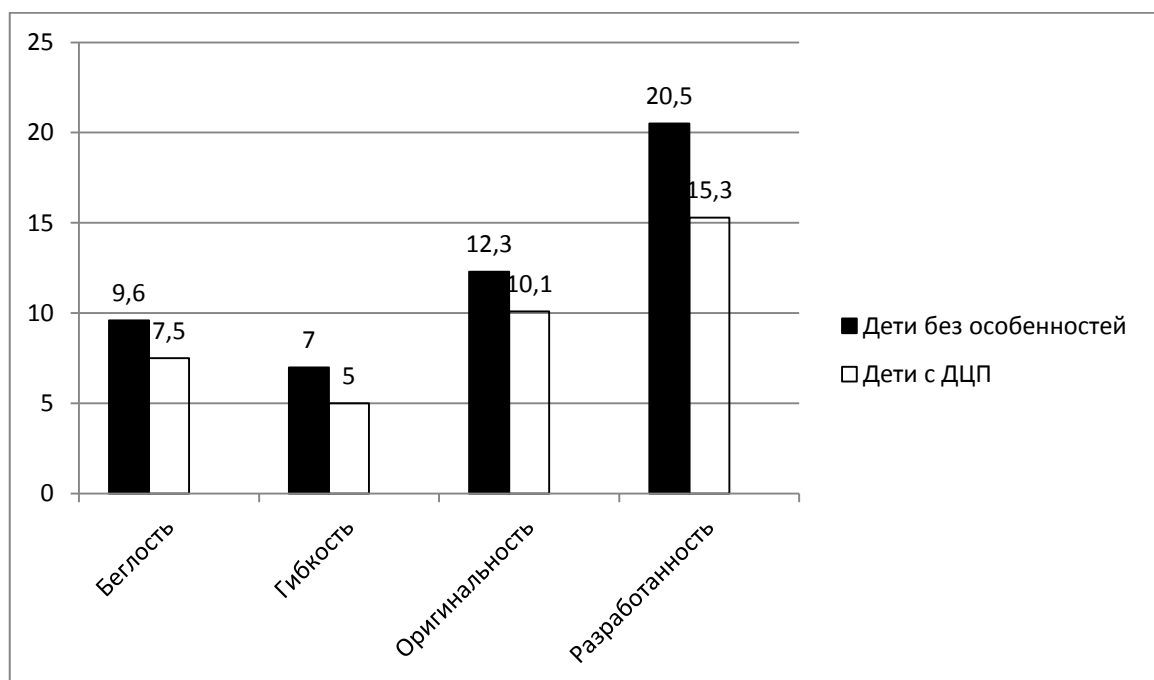


Рисунок 1. Выраженность показателей креативности у детей без особенностей и у детей с ДЦП (ср.знач.)

Определяя степень различий по изучаемым показателям выявлены статистически значимые различия по показателю «беглость» (U эмп = 5, при $p < 0,001$), это показывает, что дети без особенностей работали более продуктивно, нежели дети с ДЦП. Обнаружены статистически значимые различия по показателю «гибкость» (U эмп = 26, при $p < 0,075$) и «оригинальность» (U эмп = 0, при $p < 0,000$), «разработанность» (U эмп = 17, при $p < 0,011$).

Полученные данные говорят о том, что дети без особенностей развития опорно-двигательного аппарата действуют менее стереотипно, создают новые способы решения задач. При этом показатели по шкалам «оригинальность» и «разработанность» у детей с ДЦП достаточно высоки, что должно учитываться при составлении коррекционных программ основанных на принципах поддержки и развития наиболее сформированных компонентов творческой активности.

Результаты исследования преобладающего типа мышления у детей нашей выборки представлены на рис.2

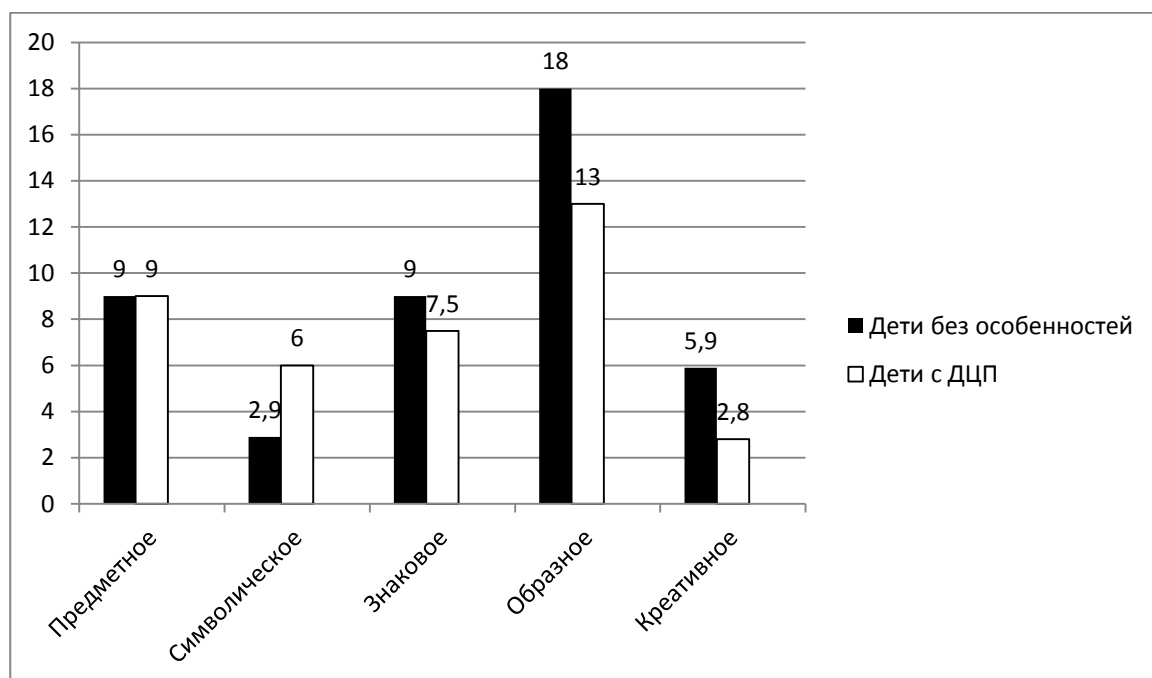


Рисунок 2. Выраженность показателей преобладающего типа мышления у детей без особенностей и у детей с ДЦП (ср.знач.)

Исследуя выраженность показателей преобладающего типа мышления были выявлены статистически значимые различия по показателям шкалы «символическое мышление» ($U_{\text{эмп}} = 17$, при $p < 0,001$), по шкале «знаковое мышление» ($U_{\text{эмп}} = 12$, при $p < 0,001$). Дети с ДЦП склонны фиксировать существенные отношения между символами в отличие от детей без особенностей. Обнаружен высокий уровень различий по шкалам «образное мышление» ($U_{\text{эмп}} = 9$, при $p < 0,001$) и «креативное мышление» ($U_{\text{эмп}} = 12$, при $p < 0,01$). Эти показатели занимают высокое значение и у детей с ДЦП, что говорит о том, что у таких детей есть тенденция к развитию творческих способностей, при этом дети с ДЦП более склонны к стереотипной схеме решения задач.

Полученные данные необходимо учитывать при составлении комплексной психолого-педагогической коррекционной программы, направленной на социальную адаптацию, повышение самооценки, уверенности в себе детей с ДЦП через развитие, в том числе и творческой активности детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. Исследование качественных особенностей выраженности типов креативности и преобладающего типа мышления у детей с ДЦП позволяет говорить не только о снижении этих показателей у детей с ДЦП, но и выделить маркеры на пути психологического развития творческой активности этих детей.



Литература

1. Богоявленская Д.Б. К проблеме выявления одаренности у детей младшего школьного возраста / Д.Б. Богоявленская, М.Е. Богоявленская, Е.С. Жукова // Сборник материалов Ежегодной международной научно – практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста». – 2016. – №5. – С. 78-80.
2. Зак А. З. Диагностика основных компонентов творческого мышления / А.З. Зак // Психодиагностика и школа. Тезисы симпозиума. Таллин.- 1980.-232 с.
3. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб.пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 410с.
4. Осокин В.В. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата / В.В. Осокин // Нарушения психического развития у детей: основы специальной психологии и педагогики. – Иркутск.- 2005. – 541с.
5. Филатова, Е.А. Особенности креативности детей с детским церебральным параличом / Е.А. Филатова, Е.В. Руденко // Научная инициатива в психологии межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. – Курск.- 2017. - С. 251-258
6. Яковлева, Г.В. Особенности развития творческой одаренности учащихся с ограниченными возможностями здоровья / Г.В. Яковлева, И.Л. Титеева // Современные исследования социальных проблем. - 2012. - №10. -С. 1-12

ПСИХОЛОГИЯ ГЛУПОСТИ: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Цветков А.В.

Центр нейропсихологии «Изюминка», Россия, г. Москва

Эмпирическим путем установлено отношение лиц молодого возраста (23-32 года) к концепту «глупость». Выявлено, что группой риска по совершению «глупых» поступков являются выпускники колледжей. Изучение их личностных особенностей позволило установить, что связь интеллекта (в его негативном варианте) и образования опосредуется структурой мотивационной сферы и особенностями субъективной телесности.

Ключевые слова: глупость, восприятие своего тела, принятие решений.



THE PSYCHOLOGY OF STUPIDITY: NEW HORIZONS IN THE STUDY OF DECISION-MAKING

Tsvetkov A.V.

Empirically revealed young adults' (23-32 years) relation to the "stupidity" concept. It's found that committing "stupid" behavior risk is higher in college graduates. Their personality peculiarities study allowed to establish that relationships of intelligence (in its negative form), and education is mediated by the structure of the motivation sphere and subjective physicality peculiarities.

Keywords: stupidity, perception of self body, decision-making.

В словарях глупость определяют как «отсутствие ума, разумной содержательности» (С.И.Ожегов); «неспособность к здравому рассуждению» (Д.Н.Ушаков); «самодовольное непонимание, соединяемое с отказом быть внутренне самостоятельным в мышлении и поступках» (Философский словарь под общей ред. В. Е. Кемерова).

Фольклор трактует все не так однозначно: «глупость – не порок», «умная голова, да дураку досталась» – предполагает парадоксальное сочетание ума и глупости в рамках одной личности. Герой русских народных сказок Иван-дурак демонстрирует смекалку, чувство юмора, быстроту реакции.

Это можно было бы отнести на чисто лингвистические изыски, если бы не присуждение уже второй Нобелевской премии по экономике за поведенческие исследования (Р. Тейлору, а 15 лет назад – Д. Канеману).

Указанные ученые экспериментально доказали то, что на бытовом уровне известно давно: даже крайне важные решения люди принимают не рационально.

Тем не менее, в фокусе научной литературы по-прежнему остается не «глупость» (если принять за свидетельство ее наличия склонность человека принимать решения, основанные на случайных или иррациональных факторах), а «ум» – интеллект «просто», интеллект социальный и эмоциональный, методы их диагностики и развития.

Мы считаем [12] необходимым сфокусироваться на «глупости» как интеллектуальной основе рискованных или неверных решений, и определяем её как совокупную неспособность человека к: а) прогнозу последствий своих поступков; б) определению адекватной информационной базы для принятия решения; в) учёту и согласованию при планировании всех действующих мотивов.



В первом из проведенных исследований изучалось соотношение субъективных представлений об умном и глупом поведении в сопоставлении с личностными особенностями.

Выборка респондентов среднегрупповым возрастом $27 \pm 4,8$ лет, трех разных уровней образования: высшего, среднего специального и среднего (равные группы), всего 90 человек.

Было использовано 10 психодиагностических методик: 1) Методика исследования системы жизненных смыслов В.Ю. Котлякова в авторской модификации [4]; Методика «Диагностика стилевых особенностей постановки и достижения цели» (ССПМ-98) В.И. Моросановой [7]; 3) Методика диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова [3]; 4) Методика изучения самооценки Т.В. Дембо – С.Я. Рубинштейн [10]; 5) Методика свободного самоописания А.В. Визгиной [1]; 6) Методика конструирования объектов В.И. Слободчикова [11]; 7) Методика «Конструктивный рисунок человека из геометрических фигур» В.В. Либина [5]; 8) Методика оценкисобственного опыта «глупых» поступков, созданная авторами исследования; 9) Оценка доверия источника информации, также авторская; 10) Методика оценки предпочитаемых приемов остроумия [2].

На основании полученных в эмпирическом исследовании данных, были сделаны следующие *выводы*: 1. при сходных ведущих жизненных смыслах (семья, самореализация и достижение статуса) лица с разным уровнем образования отличаются широтой мотивационной базы и репертуаром смыслов «второго уровня значимости»: если для лиц с высшим образованием это три смысла, в т.ч. экзистенциальные и гедонистические, то у лиц со средним специальным и средним образованием это два и один (причем, финансовый) смысл соответственно; 2. самооценка регулятивных способностей и свойств растет поступательно с ростом уровня образования. Исключением является «самостоятельность», которая субъективно выше у лиц со средне специальным образованием. 3. Рефлексия демонстрирует J-образную зависимость от уровня образования: ниже всего она у лиц со средним-специальным образованием, выше – у испытуемых с высшим образованием. При этом в целом по выборке уровень рефлексии ниже среднего. Иными словами, рефлексия для людей в ранней взрослости не обладает адаптивным потенциалом. При этом детализация Я-образа планомерно растет с ростом образования, что может говорить о значимости не столько речевого, сколько символического представления о себе в принятии решений.

4. Самая низкая самооценка счастья и наибольший процент глаголов и эпитетов в самоописании (признак эмоционального отношения и готовности к действию) отмечается у испытуемых со средним специальным образованием,



что дает основание считать их пессимистами, «тянущими ляжку» в настоящий момент времени, и не видящими позитивных перспектив в будущем.

5. Рост самооценки ума по мере роста образовательного уровня не сопровождается объективным изменением познавательных способностей, что говорит о сугубо личностном характере изучаемых феноменов.

6. Использование юмора и как инструмента модуляции собственных эмоций, и для поддержания атмосферы в коллективе, и для межличностного общения свойственно лицам со средним специальным образованием, лица со средним образованием более акцентированы в использовании юмора на себе, а с высшим – на внутригрупповой ситуации.

7. При оценке совершенных в жизни глупых поступков молодые люди со средним образованием не склонны выделять какую-то из сфер (самореализация, самосохранение, социальный успех) как ведущую и считают, что с ростом способностей к саморегуляции сделают меньше неверных выборов.

Молодые люди с высшим образованием, напротив, полагают рост и регулятивных, и рефлексивных способностей прямо связанным с числом сделанных глупостей, т.е. они более требовательны к себе и критичны. А наиболее важной для них является сфера «самореализации».

По итогам изучения представлений о глупости у лиц с разным уровнем образования, можно рассматривать группу со средним специальным образованием как наиболее интересную.

Второе исследование было «сфокусировано» на особенностях принятия решений учащимися двух многопрофильных ССУЗов г. Москвы, число участников исследования составило 100 человек в возрасте от 15 до 17 лет, из них 42 юноши и 58 девушек.

Было использовано 5 психодиагностических методик: 1) шкала толерантности к неопределенности МакЛейна (адаптация Е.Н. Осина) [8]; 2) опросник саморефлексии телесного потенциала (Г.В. Ложкин, А.Ю. Рождественский) [6]; 3) опросник для определения установок по отношению к сексуальности (Дж. Келли) [9]; 4) опросник «Диагностика уровня морально-этической ответственности личности» (ДУМЭОЛП) И.Г. Тимощука [13]; 5) методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л. И. Вассермана (модификация Бойко В.В.) [14].

По данным эмпирического исследования, испытуемые разделились на два кластера.

Итак, первая – большая по доле испытуемых, группа с одной стороны, нетерпима к неопределенности, с другой – не чувствует ни давления общества, ни его «моральных» установок», ни сигналов от своего тела (разумеется, это утрировано). Это признаки, характерные для «достигаторов» на жаргоне бизнес-тренеров. Но для «лидерской» модели поведения этим юношам и



девушкам не хватает готовности к риску и действию в ситуациях с неясным исходом. В итоге ранняя «протестная» автономизация, принятие карьерных и семейных решений, эффективных лишь в краткосрочной перспективе, и неудовлетворенность своей «социальной реализованностью» уже через 5-7 лет. Это картина, которая и наблюдается, судя по первому исследованию. Не говоря уже о потенциальном риске психосоматических заболеваний. *Вторая группа* готова к жизни в постоянно меняющемся мире, но хочет следовать «традициям», в т.ч. в плане ценностей. Если вспомнить пословицу «хочешь получить иной результат, действуй другим образом», данная установка очевидно ведет к рассогласованию между решениями и условиями их реализации.

Итак, подводя итог, пункт первый: взрослые, недополучившие любви или получавшие ее «не так», изо всех сил стремятся кому-то что-то доказать. *Пункт второй:* эти «доказывающие» предсказуемо падают в одну из двух крайностей – «долженствование любить» (особенно детей) или долженствование «победить любой ценой». *Пункт три:* хронификация стресса приводит к девальвации целей. Если в начале пути «любой ценой» добиваются спортивных или карьерных высот, то в конце – «всех уважать себя заставил и лучше выдумать не мог».

Давайте подумаем, как данные рассуждения связаны с изучаемой «психологией глупости».

Вспомним, что в триаду главенствующих жизненных смыслов для всех трех уровней полученного образования входит «семья», а во второй эшелон смысловой иерархии – «статус» (у лиц со средним образованием его заменяют «деньги» как мерило успеха). То есть мысль о «недолюбленности» как базовой характеристике респондентов имеет некоторые эмпирические основания.

Далее: суждения о себе, сочетающие «человека дела» и эмоции в большей степени свойственны испытуемым со средним специальным образованием. Они же имеют самую низкую рефлексивность, проявляющуюся отсутствием сознательного анализа причин социального неуспеха. Не есть ли это признак постоянно перегруженной системы «fightorfly»?

При этом в колледжи зачастую идет т.н. «негативный отбор». Но эти юноши не чувствуют давления общества. *А ведь внешние ограничения нужны личности для постройки «границ», описанных отцом психологии Уильямом Джемсом как «все, что человек может назвать своим». Если нет «чужого», то нет и дифференцированного «своего». Формируется субъект, живущий «здесь и сейчас», не доверяющий окружению и воспринимающий неопределенность как угрозу, а также плохо ощущающий собственное тело (как показатель «границ»). Второй вариант развития вряд ли можно назвать более продуктивным: неопределенность и моральные нормы принимаются,*



собственное тело принимается и анализируется, и всё это при низком уровне социальной фрустрации. Похоже на снижение уровня притязаний и самооценки в ситуации неуспеха, как преморбидная ступень феномена «выученной беспомощности».

Таким образом, связь интеллекта и образования опосредуется по итогам теоретико-эмпирического анализа социальными факторами развития личности: структурой мотивационной сферы и субъективной телесности как «границ»; ориентацией на другие маркеры успеха и как итог – способностью к опоре на себя.

Литература

1. Визгина А.В. Проблема изучения спонтанных внутренних диалогов / А.В. Визгина // Вопросы психологии. -2007.- №1.-С.21-30
2. Иванова Е. М. Исследования чувства юмора в психологии (обзор) / Е. М.Иванова, С.Н. Ениколопов // Вопросы психологии.- 2006. -№4.- С.122-133.
3. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики / А.В. Карпов // Психологический журнал.- 2003.- Т. 24.-№ 5.- С. 48.
4. Котляков В.Ю. Методика «Система жизненных смыслов» / В.Ю. Котляков // Вестник КемГУ.- 2013.- №2(542).- Т.1.- С. 148-153.
5. Либин А.В. Психографический тест: конструктивный рисунок человека из геометрических фигур / А.В. Либин, А.В.Либина, В.В. Либин.- М.: ЭКСМО.- 2000.-400с.
6. Ложкин Г.В. Феномен телесности в Я-структуре старшеклассников и содержании их жизненных проектов / Г.В. Ложкин, А.Ю. Рождественский // Психологический журнал.- 2004.-Т.25.- №2.- С. 28-29.
7. Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека / В.И. Моросанова.- М.: Наука.- 1998.-120с.
8. Осин Е.Н. Факторная структура версии шкалы общей толерантности к неопределённости Д. МакЛейна. Психологическая диагностика / Е.Н.Осин. – 2010.- №2. - С. 65-86.
9. Потемкина О.Ф. Психология сексуальности (история и методы исследования) / О.Ф.Потемкина.- М.- 1993.-280с.
10. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике / С. Я. Рубинштейн.- М.- 1970.-400с.
11. Слободчиков В.И. Психология человека / В.И.Слободчиков, Е.И.Исаев.- М.- 1995.-340с.
12. Слюсарев Н.С. Психология глупости: очерки Некритического мышления / Н.С.Слюсарев, И.Г.Горбачева, А.В.Цветков.- М.: ИСК.- 2017.-120с.



13. Тимощук И.Г. Диагностический инструментарий исследования некоторых аспектов ответственности у студентов – психологов / И.Г. Тимощук // Практическая психология и социальная работа.- 2004. – № 8.- С. 37-40.
14. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. - М.: Изд-во Института Психотерапии. - 2002. - С. 18.

МЕХАНИЗМЫ СЕНСОМОТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: TERRAINCOGNITA ПОПУЛЯРНОЙ ПРАКТИКИ

Цветков А.В., Перегуда С.Н.

Центр нейропсихологии «Июминка», Россия, г. Москва

Сенсомоторная нейропсихологическая коррекция плотно вошла в число наиболее популярных методов работы с «особыми» детьми. Однако, ее механизмы остаются мало исследованными, а соотношение с т.н. «смысловой» реабилитацией непроясненным. Данная статья являет собой попытку интеграции подходов на основе теоретического анализа и практических наблюдений.

Ключевые слова: сенсомоторная коррекция, смысловая реабилитация, нейропсихология детского возраста.

THE MECHANISMS OF SENSORIMOTOR CORRECTION OF MENTAL DEVELOPMENT: TERRA INCOGNITA POPULAR PRACTICE

Tsvetkov A.V., Pereguda S.N.

Sensorimotor neuropsychological correction is firmly among the most popular methods of work with "special" children. However, its' mechanisms remain little studied and the relation to the so-called "semantic" rehabilitation is ambiguous. This article is an attempt to integrate approaches on the basis of theoretical analysis and practical observations.

Key words: sensorimotor correction, semantic rehabilitation, developmental neuropsychology.

Среди специалистов, занимающихся нейропсихологической помощью детям с особенностями развития, широко известно, что сенсомоторная



коррекция (СМК) требует многомесячных регулярных занятий и очень чувствительна к выполнению домашних заданий. В то же время, работа с познавательными процессами по «смысловым» методам школы Л.С. Цветковой [5] занимает 2-3 месяца и порой эффект достигается вообще без дополнительных упражнений дома.

Традиционная трактовка такого яркого различия состоит в работе СМК над «нейропсихосоматическим единством» (термин А.В. Семенович [3]), как «базисом» всех ВПФ. Потому и эффект, по мнению приверженцев метода, достигается более «глубокий», системный.

Наши наблюдения, однако, не позволяют согласиться с таким утверждением.

Во-первых, не вполне ясно, как многократная отработка физических упражнений ala ЛФК вызывает «единение» мозга и тела (обсуждению сходств и различий ЛФК и СМК была посвящена отдельная работа [4]).

Во-вторых, основные «места» приложения усилий СМК, судя по структуре выполняемых действий, связаны со стволом головного мозга. Однако, если считать образ собственного тела частью высших психических образований, он должен быть опосредован, осознан и произволен (по Л.С. Выготскому). Этого можно достичь лишь включением упражнений в контекст предметной деятельности, но в базовом руководстве по СМК [2] они даны как самостоятельный метод коррекции.

В-третьих, и в главных, непонятно – как «проработка» образа тела влияет на состояние ВПФ. Если применительно к наглядно-действенному мышлению или зрительно-пространственному восприятию это еще относительно логичный тезис, то к вербальному мышлению и высшим, абстрактным, формам восприятия, речи и памяти – сомнительный.

Дискуссия сильно осложнена практическим отсутствием работ с количественными оценками, контрольными группами и четким планом работы по СМК.

Деление процесса сенсомоторной коррекции на стадии строится по-разному у различных авторов, однако наибольшую популярность приобрели два: условное выделение движений в положении лёжа, сидя и стоя; и условное выделение стадий по росту произвольности и способности в рамках занятия переключаться на иные (речевые, когнитивные) задания. Второй способ выделения стадий на эмпирическом материале описан М.П. Гусаковой [1], а несколько позже зафиксирован как принцип построения программы у А.В. Семенович [3].

Будучи сторонниками как теоретического, так и практического многоголосья, с интеграцией на едином методологическом базисе разных подходов в нейропсихологии, хотелось бы привести несколько наблюдений из



практики работы «Изюминки», несмотря на их более чем слабый статус как источника научных данных.

Начнем с того, что в сенсомоторных занятиях специалист в среднем проявляет большую эмоциональную жесткость, если можно так выразиться «давление», нежели этот же специалист в «когнитивных» занятиях. Этот феномен отмечается даже в течение одного дня при работе с одними и теми же детьми. Его предположительная интерпретация – СМК требует от ребенка большей произвольности, которую в зону ближайшего развития (ЗБР) «вкладывает» нейропсихолог.

Далее стоит отметить, что и феномены эмоциональной расторможенности и полевого поведения более часты в рамках занятий по СМК. Утомление также выше.

А вот коммуникация, как с психологом, так и с другими детьми при групповых занятиях, менее интенсивна. Исключение составляет взаимная провокация реакций ухода/отказа от упражнений.

Подытоживая, можно предположить: сами по себе двигательные упражнения и не вызывают интереса, и не дают достаточной основы для развития именно ВПФ – а этой основой, как известно, является межличностное взаимодействие.

Поэтому в практике нашего Центра применяются интегрированные занятия, сочетающие и когнитивные, и моторные задания.

Стоит отметить, что если чисто когнитивное занятие даже в течение часа, и при включении методик на мелкую и крупную моторику как вида познавательной активности, вызывает немалую усталость, то «урок», перемежающийся СМК может и в три года длиться (при участии ребенка в «реабилитационном интенсиве», с ежедневными занятиями на протяжении двух недель) порядка 3-3.5 часов.

Наибольшей популярностью у маленьких клиентов пользуются элементы сенсорной интеграции (сухой бассейн, игры с гидрогелем и кинетическим песком), элементы логопедической ритмики (выстраивание движений в ритме песенки или «кричалки») и конструктор с крупными деталями; а из сенсомоторных методик – движения в горизонтальной плоскости (на жаргоне «ползания»).

При этом в практике Центра нет соблюдения стадиальности «от лежания к стоянию», упражнения включаются как фон и элемент заданий на познавательное развитие.

Ввиду этого встает вопрос о соотношении механизмов «чистых» видов нейропсихологической коррекции, что позволит эффективнее строить интегрированные программы.



В приведенной ниже таблице деление по стадиям основано на субъективном восприятии авторами данного доклада литературных источников.

Таблица 1.

Стадии нейропсихологической работы

Стадия	Сенсомоторная коррекция	Когнитивная смысловая коррекция
I	Подчинение ребенка жестко заданному извне порядку операций, подобно реабилитации пациентов с медиобазально лобным синдромов (по мнению М.П. Гусаковой). Отработка тонического обеспечения психомоторики, с акцентом на движения в положении лежа, растяжку и дыхательную гимнастику (по А.В. Семенович).	Максимально развернутый внешний процесс, с опорой на схематизированную ориентировочную основу действия (или – сопряженное с взрослым выполнение действия), при активном участии специалиста в формировании «зоны ближайшего развития». Акцент на обогащении сферы предметных образов-представлений, включении ребенка в коммуникацию на основе общей предметной задачи (игрового или квази-учебного характера в зависимости от возраста) (по Л.С. Цветковой).
II	Стремление ребенка получить одобрение взрослого, построение общения на «конкуренции» с взрослым, с обязательным оречевлением сравнительного качества выполнения упроченных на I стадии операций (по М.П. Гусаковой). Автоматизация операционального состава психомоторики «среднего размера пространства» (стол, ковер на полу) – по А.В. Семенович.	Работа с динамическим фактором: повышение речевой и поведенческой активности, передача ребенку инициативы в ряде заданий или смена «ведущего» в выполнении (то клиент, то психолог). Переход от заданной специалистом знаково-символической опоры к совместно вырабатываемой. Превращение «рабочего альянса» в эмоциональный ресурс ребенка.
III	Выход ребенка за пределы инструкции, попытка сделать «больше и лучше» заданного, перевод мотивации во внутреннюю форму (по Гусаковой М.П.). Интеграция моторных операций разного уровня (координационных, тонических, пространственных и предметно-целевых) – по А.В. Семенович.	Интериоризация алгоритмов познавательной деятельности (высший синтез). Выработка умения самостоятельно ставить задачу перед другим человеком (сперва – психологом) согласно усвоенного алгоритма. Символическое овладение собственными эмоциями и поведением.



Итак, уже на первой стадии видны различия: «сопряженное» выполнение, при котором взрослый или делает с небольшим опережением те же операции, которые ждет от ребенка, или делает эти операции совместно с ребенком (например, рисует, зажав руку ребенка в своей ладони) с необходимостью требует формирования не только «моторной схемы действия», но и образной, и знаковой. Последнее особенно важно, т.к. оречевление в сенсомоторных упражнениях является «надстройкой», без которой в известных пределах можно обойтись.

Тот факт, что на второй стадии СМК или интегрированных коррекционных занятий идет частичный «откат» (в большей степени, как раз по произвольности поведения) можно трактовать как «перенаправление» ресурсов с поддержания относительной адаптированности (по крайней мере, в физиологическом плане) на знаково-символические модели поведения, их экспериментальная отработка, в т.ч. не вполне произвольная. Как известно, порождение эмоций и первичных поведенческих стереотипов – функция диэнцефального уровня.

Наконец, третья стадия отличается скорее по терминологии и сфере интереса (собственно психомоторика или познавательные процессы в целом).

Это дает основание считать стереотипные, упроченные в эволюционном развитии двигательные программы (то же «ползание» во всех его видах вряд ли стоит считать приобретением млекопитающих и дифференцированной коры головного мозга) скорее «камертоном» работы вертикально-интегрированных поведенческих функциональных систем в понимании П.К. Анохина. А «когнитивные» задания в этом процессе «настройки» и самонастройки мозга ребенка – «нажатием на клавиши для получения звучания инструмента».

Иными словами, как и говорилось выше, наиболее продуктивным является интеграция подходов к коррекции.

Однако, к сожалению, на этом пути предстоит преодолеть «вульгарный эмпиризм», свойственный ряду практикующих специалистов.

Литература

1. Гусакова М.П. Формирование саморегуляции как условие и результат эффективности сенсомоторной коррекции в детском возрасте / М.П. Гусакова // Знак как психологическое средство: субъективная реальность культуры: Материалы XII Международных чтений памяти Л.С.Выготского.- Москва / Под ред. В.Т.Кудрявцева. – М.: РГГУ.- 2011.- С.160-164.
2. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте: метод замещающего онтогенеза / Семенович А.В. – М.: Генезис.- 2008. – 474с.



3. Семенович А.В. Таланты детского мозга / Метод замещающего онтогенеза. Сборник нейропсихологических программ / Семенович А.В.- Казань: Центр социально-гуманитарного образования.- 2016.- Ч. 1.- 184с.
4. Цветков А.В. Нейропсихологическая сенсомоторная коррекция в детском возрасте: поиск методологического статуса / А.В. Цветков // Международный научно-технический журнал (электронный) «Теория. Практика. Инновации».- №7.- 2017 Режим доступа URL: <http://www.tpinauka.ru/2017/07/Tsvetkov.pdf>
Дата обращения: 01.11.2017
5. Цветкова Л.С. Смысловая концепция восстановительного обучения больных с локальной мозговой патологией / Л.С. Цветкова, А.В. Цветков // Сб. материалов IV Международного конгресса «Нейрореабилитация-2012».- М.: НАБИ.-С. 111-112.

РОЛЬ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА, И КОРРЕКЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Чеканова А.В.¹, Молчанова Л.Н.²

¹МБОУ Гимназия №1, г. Североморск, Россия

²ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

В статье представлена модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха, которая служит объективной основой изменения качества взаимодействия семьи и коррекционно-образовательного учреждения. Ее успешная реализация научно обосновывает системообразующую роль родительской компетенции во взаимодействии семьи и коррекционно-образовательного учреждения.

Ключевые слова:родительская компетенция, когнитивный компонент, ценностно-мотивационный компонент, эмоциональный компонент, поведенческий компонент, психолого-педагогическое сопровождение, семья, воспитывающая ребенка с нарушениями слуха

ROLE OF PARENTAL COMPETENCE IN INTERACTING FAMILIES RAISING A CHILD WITH HEARING IMPAIRMENT, AND CORRECTIONAL AND EDUCATIONAL INSTITUTIONS

Chekanova A.V.¹, Molchanova L.N.²



¹MBOU Grammar school №1, Severomorsk, Russia
²Kursk State Medical University, Kursk, Russia

The model of psychological and pedagogical support of a family raising a child with hearing impairments, which serves as an objective basis for changing the quality of family interaction and correctional-educational institution, is presented in the article. Its successful implementation scientifically justifies the system-forming role of parental competence in the interaction of the family and the correctional-educational institution.

Keywords: parental competence, cognitive component, value-motivational component, emotional component, behavioral component, psychological and pedagogical support, family, educating a child with hearing impairments

На современном этапе развития общества существуют категории детей с разными нарушениями в развитии, к одной из которых относятся дети с нарушениями слуха. Последние исследования, проведенные в разных странах мира, указывают на то, что с арифметической прогрессией увеличивается количество детей с ОВЗ (к 2020 году их количество возрастет более 30 %). В настоящее время актуальной является проблема семейного воспитания ребенка с нарушениями слуха [1]. Она обусловлена рядом причин, оказывающими влияние на взаимоотношения в диаде «ребенок-родитель» [4]. Во-первых, первоначальной реакцией семьи на появление ребенка с нарушениями слуха является растерянность, подавленность. Во-вторых, часто происходят конфликты и недопонимания во внутрисемейных отношениях, что является причиной распада большинства браков в семье, воспитывающей ребенка с потерей слуха. И наконец, низкий уровень или отсутствие родительской компетенции в такой семье. Растерянность, подавленность, распад семьи, низкий уровень родительской компетенции оказывают отрицательное влияние на процесс социализации детей с нарушениями слуха.

Для обеспечения поддержки семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха, существуют государственные службы и структуры разного вида и уровня, но основной и самой важной структурой является образовательное учреждение, в котором обучается ребенок. Так большинство времени жизни ребенок проводит в семье и в образовательном учреждении, то главным условием успешного развития личности ребенка с потерей слуха является тесное взаимодействие данных структур.

Рассматривая особенности функционирования семьи, структуру, содержание и роль родительской компетенции в условиях организации психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с



нарушениями слуха [2, 3], нами были определены условия, направления и содержание деятельности в организации психолого-педагогического сопровождения, заключающиеся в разработке и апробации организационной модели психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха.

Исследование проводилось на базе Областного казенного общеобразовательного учреждения для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья ОКОУ «Курская школа-интернат» с 2015 по 2017 гг. Его целью явилось изучение психологического содержания родительской компетенции в воспитании ребенка с нарушениями слуха и разработка организационной модели психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха. В соответствии с полученными результатами было установлено, что системообразующую роль в организации психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха, выполняет родительская компетенция. Она представлена на когнитивном, ценностно-мотивационном, эмоциональном и поведенческом уровнях совокупностью взаимосвязанных качеств личности родителя, необходимых для эффективной реализации воспитательного воздействия на ребенка. Ее сформированность и успешная реализация как в детско-родительских отношениях, так и в отношениях семьи и образовательного учреждения выступают критериями эффективности организационной модели психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха.

Созданная и реализованная на базе ОКОУ «Курская школа-интернат» организационная модель психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха, характеризует семью как реального и полноправного субъекта воспитательно-образовательного процесса, осуществляемого общеобразовательным учреждением. Обеспечение эффективного взаимодействия образовательного учреждения и семьи партнерским взаимоотношениям, которые ориентированы на развитие родительской компетенции семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха, сопровождаются формами и методами работы, описанными в модели. Данная модель, являясь объективной основой изменения качества взаимодействия всех субъектов образовательного процесса, отвечает актуальным потребностям всех участников образовательного процесса: образовательного учреждения, обучающихся и семьи.

В результате апробации программы психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха, произошли качественные изменения в детско-родительских отношениях: когнитивный компонент характеризуется осознанным восприятием слабых и



сильных сторон ребенка, уважительным отношением к его личности и гордость его достижениями; осознанием родителями важности возрастных изменений, происходящих в жизни ребенка; содержание ценностно-мотивационного компонента представлено преобладанием таких ценностей, как здоровье, семейная жизнь, интересная работа; эмоциональный компонент характеризуется адекватным восприятием ребенка с нарушениями в развитии в сравнении с другими детьми, положительными чувствами в ситуации взаимодействия. Также отмечены отсутствие гиперопеки и отчуждения во взаимодействии с ребенком; поведенческий компонент представлен преобладанием среднего уровня воспитательной деятельности родителей. Среди стилей родительского воспитания приоритетными являются авторитетный и либеральный стили, сформировано умение родителей участвовать в совместной деятельности, преобладают конструктивные типы взаимодействия с детьми. В отношениях семьи, имеющей ребенка с нарушениями слуха, и образовательного учреждения качественные изменения произошли в: когнитивном компоненте – осознание родителями значимости семейного воспитания в формировании мотивации к учебной деятельности, активную педагогическую позицию родителей, доверие, добровольность и осознанность родителей во взаимодействии с образовательным учреждением, желание сотрудничать; ценностно-мотивационном компоненте – направленность на долговременность партнерских отношений семьи и образовательного учреждения; эмоциональном компоненте – доверие родителей к образовательному учреждению, желание дальнейшего сотрудничества; поведенческом компоненте – умение родителей участвовать в совместной деятельности; установление взаимопонимания и согласованного взаимодействия семьи и образовательного учреждения, отношения сотрудничества.

Таким образом, программа психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями слуха, эффективна, поскольку служит объективной основой изменения качества взаимодействия всех участников образовательного процесса. Так, во взаимодействии «семья - образовательное учреждение» изменения представлены доверием родителей к образовательному учреждению, активной педагогической позицией, добровольностью и осознанностью родителей во взаимодействии с образовательным учреждением, потребностью в пополнении своих педагогических знаний и возможностей, в долговременности партнерских отношений семьи и образовательного учреждения.

Литература:



1. Молчанова Л.Н. Проблема детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с нарушениями слуха/ Л.Н. Молчанова, А.В. Чеканова //Сборник статей III Международного научно-практического конкурса.- Пенза.- 2016.- С.173-176.
2. Молчанова Л.Н. Особенности функционирования семей, воспитывающих детей с нарушением слуха / Л.Н.Молчанова, А.В.Ситникова // Коррекционно-педагогическое образование.- 2015.- № 3 (3).- С.16-27.
3. Чеканова А.В. Влияние эмоционального взаимодействия детско-родительского отношения на компетентность родителей в процессе обучения и воспитания детей с нарушениями слуха / А.В. Чеканова // Теоретические и прикладные проблемы современной науки и образования: материалы Международной научно-практической конференции. –Курск.- 2017.- С.409-411.
4. Молчанова Л.Н. Особенности функционирования микросоциальной системы «Семья, пережившая воздействие кризисной ситуации, связанная с инвалидностью ребенка» / Л.Н.Молчанова, Н.С. Сердюкова // Перспективы науки и образования.- 2014.- № 6 (12).- С. 118-125.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ВЫГОРАНИЯ У ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ С РАЗНЫМИ СТИЛЯМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Черникова С.И., Недуруева Т.В., Молчанова Л.Н.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Курск**

В статье рассматриваются различные стили педагогической деятельности и их взаимосвязь со стажем работы, а так же со степенью эмоционального выгорания.

Ключевые слова: выгорание, преподаватели высшей школы, стаж педагогической деятельности.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS OF THE STATE OF BURNOUT AMONG HIGH SCHOOL TEACHERS WITH DIFFERENT STYLES OF PEDAGOGICAL ACTIVITY

Chernikova S. I., Natureva T. V., Molchanova L. N.



The article examines the different styles of pedagogical activity and their relationship to work experience, as well as the degree of emotional burnout.

Key words: burnout, teachers of higher education, experience of pedagogical activity

Проблема эмоционального выгорания изучается достаточно давно. Она давно вышла за рамки психологии и превратилась в междисциплинарную проблему. Ее активно изучают представители медицины, социологии, педагогики и т.д. [5,6]. Актуальность данной темы очевидна, в силу набирающего темп ритма жизни, и неумения многих людей справляться со стрессом, который возникает в результате тяжелых нагрузок на работе. Более детальное и глубокое изучение различных аспектов профессионального выгорания помогут найти способы его предупреждения, выявить более четкие методы профилактики и коррекции [1, 3, 4].

Что бы наиболее точно выделить специфические особенности преподавания в высшей школе, следует обратить внимание на классификацию профессиональных деятельностей Е.А. Климова. Исходя из его классификации, мы можем видеть, что особенности преподавания в высшей школе в первую очередь обусловлены местом, которое занимает данная профессия среди других. Исходя из того, что профессия преподавателя относится к типу «человек-человек», ее представители должны иметь много разнообразных функций, позволяющих им выполнять свою деятельность как можно качественнее[2].

Педагогическую деятельность преподавателя, как и любую другую деятельность, можно охарактеризовать определенным стилем выполнения.

В широком смысле слова «стиль деятельности» — устойчивая система способов, приемов, проявляющаяся в разных условиях ее осуществления, которая обуславливается спецификой самой деятельности, индивидуально-психологическими особенностями ее субъекта.

В узком смысле, индивидуальный стиль деятельности — «это обусловленная типологическими особенностями устойчивая система способов, которая складывается у человека, стремящегося к наилучшему осуществлению данной деятельности, ...индивидуально-своеобразная система психологических средств, к которым сознательно или стихийно прибегает человек в целях наилучшего уравнивания своей (типологически обусловленной) индивидуальности с предметными внешними условиями деятельности» [2].

Стиль педагогической деятельности включает в себя такие аспекты как: стиль управления, стиль общения и когнитивный стиль учителя; они все отражают специфику педагогической деятельности. Особое внимание следует уделять стилю общения преподавателя, ведь его специфика обусловлена



различными социально-ролевыми и функциональными позициями участников этого общения.

В зависимости от того, каковы особенности этого стилевого общения и каковы особенности руководства выделяют три стиля педагогической деятельности:

1. Авторитарный стиль. Ученик рассматривается как объект педагогического воздействия, а не как равноправный партнер. Наблюдается общая тенденция к жестокому управлению и тотальному контролю. Преподаватель прибегает к тону приказа достаточно часто, делает резкие замечания, единолично решает, принимает решения, использует свои права без учета ситуации и мнений учащихся, не обосновывает свои действия перед учениками. Для учителя характерна низкая удовлетворенность профессией. Любые предложения со стороны учеников, рассматриваются как намек на некомпетентность преподавателя. Все силы учащихся направлены на психологическую самозащиту, а не на получения знаний. Учащиеся теряют активность или осуществляют ее только при ведущей роли учителя, обнаруживают низкую самооценку, агрессивность.

2. Демократический стиль. Главной особенностью данного стиля является активное участие группы в обсуждении хода предстоящей работы и ее организации, т.е. ученик рассматривается, как равноправный партнер в общении, коллега в совместном поиске знаний. Учитель привлекает учеников к принятию решений, учитывает их мнения, поощряет самостоятельность суждений, учитывает не только успеваемость, но и личностные качества учеников. Преподаватели с данным стилем часто используют побуждение к действию, совет, просьба. Учителя чаще обращают внимание на свои психологические умения. Ученики чаще испытывают состояния спокойной удовлетворенности, высокой самооценки.

3. Либерально-попустительский стиль. Главная особенность данного стиля состоит в том, что педагог уходит от ответственности за принятия решений, передавая всю инициативу своим ученикам. Организацию и контроль деятельности учащихся осуществляется без системы, проявляется нерешительность, колебания. Среди учащихся наблюдается неустойчивый микроклимат, скрытые конфликты.

Целью исследования является: изучение клинико-психологических проявлений состояния выгорания у преподавателей высшей школы с разными стилями педагогической деятельности.

Объект исследования – состояния выгорания у преподавателей высшей школы.



Предмет исследования – клиничко-психологические проявления состояния выгорания у преподавателей высшей школы с разными стилями педагогической деятельности.

Эмпирическое исследование проводилось на базе Курского Государственного Медицинского Университета весной 2016 года. В исследовании приняли участие 15 преподавателей данного ВУЗа.

В качестве методик исследования мы выбрали следующие:

1. К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой - «Опросник на выгорание (МВИ)».
2. А.А. Рукавишников «Определение психического выгорания».
3. А.Б. Майский Е.Г. Ковалева «Стиль педагогического общения учителей».

Качественный анализ заключался в том, что согласно полученным баллам каждому испытуемому присваивался та или иная степень выраженности профессионального выгорания:

1. Индекс психического выгорания крайне низкий: можно предположить, что эмоциональные и физические ресурсы на высоком уровне. Преподаватели полны энергии, характеризуются оптимизмом и положительным отношением к окружающим.

2. Индекс психического выгорания низкий: эмоциональные и физические ресурсы на хорошем уровне. Преподаватели удовлетворены своей работой, имеют положительную мотивацию, высокую степень вовлеченности.

3. Индекс психического выгорания средний: Преподавателям могут быть свойственны некоторые проявления выгорания, но в разных сочетаниях и в более сглаженных проявлениях.

4. Индекс психического выгорания высокий: Преподавателям свойственны большинство признаков проявления выгорания. Профессиональное поведение таких людей характеризуется уменьшением продуктивности профессиональной деятельности, нарушением трудовой дисциплины. Могут иметь место опоздания или преждевременный уход с работы, увеличение числа пропущенных дней по болезни.

5. Индекс психического выгорания крайне высокий: такие люди отличаются прямолинейностью- с одной стороны и нерешительностью, склонностью откладывать дела со дня на день – с другой стороны. В межличностных отношениях им присущи две формы поведения: либо наблюдается агрессивное поведение по отношению к окружающим, что порождает конфликты, либо имеет место тенденция к социальной изоляции, избеганию контактов.

Испытуемые были проранжированы согласно количественным результатам.



У преподавателей, которые приняли участие в исследовании наблюдались средние (93,3%) и крайне высокие(6,7%) показатели выгорания. Такие результаты могут быть обусловлены небольшой выборкой, разным стажем педагогической деятельности, а так же условиями работы на той или иной кафедре.

Так же мы рассмотрели взаимосвязь стиля педагогической деятельности и стажа работы преподавателей высшей школы (рис.1):

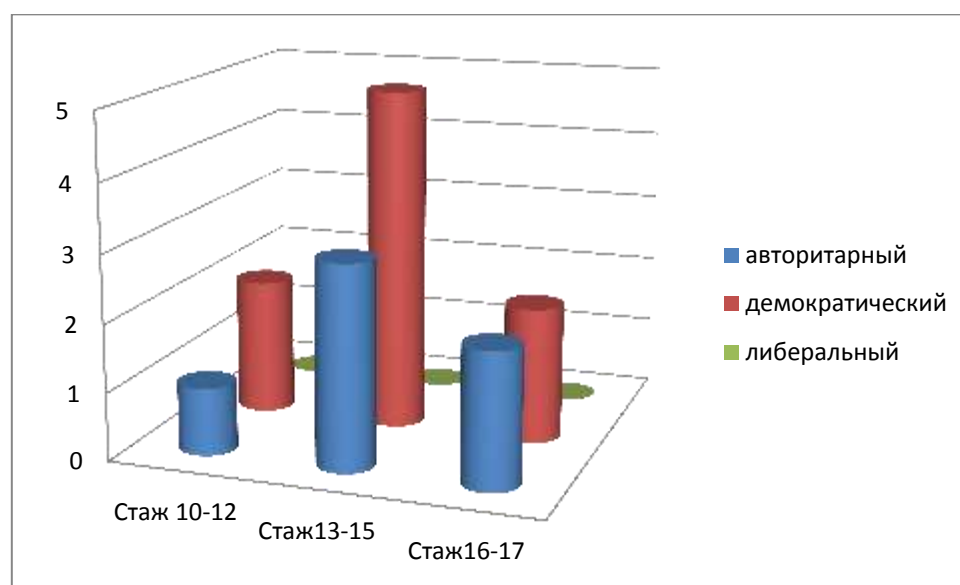


Рис.1. Взаимосвязь стиля педагогической деятельности и длительности педагогической деятельности

На гистограмме мы видим, что преобладает демократический стиль преподавания, не зависимо от стажа работы.

Авторитарный стиль имеет наиболее высокие показатели у преподавателей со стажем от 13 до 15 лет. Это может свидетельствовать о тенденции к эмоциональному выгоранию, которая в дальнейшем снижается, т.е. преподаватели либо справляются с трудностями на работе, и к последующим годам их стиль деятельности меняется, либо остаются работать дальше, не меняя стиля педагогической деятельности.

Согласно полученным результатам мы точно можем сказать, что у преподавателей высшей школы преобладает демократический стиль педагогического общения. Это свидетельствует о том, что большинство преподавателей адекватно оценивают возможности, успехи и неудачи своих студентов. Стимулируют учащихся к творчеству, инициативе, организуют условия для самореализации.

Также мы можем сделать вывод, что у большинства преподавателей индекс выраженности профессионального выгорания средний (93%), это



говорит о том, что им могут быть свойственны некоторые проявления выгорания, но более сглаженных проявлениях. Только у одного преподавателя, наблюдается крайне высокий показатель индекса психического выгорания (7%), это может быть связано с усталостью, и высокой нагрузкой на работе.

Литература

1. Водопьянова Н.Е. Психическое «выгорание» / Н.Е. Водопьянова // Мир медицины.- 2001.- №7.- С 10.
2. Климов Е.А. Введение в психологию труда: Учебник для вузов / Е.А. Климов . – М.: Культура и спорт, ЮНИТИ.- 1998. – 134с.
3. Молчанова Л.Н. Состояние психического выгорания у педагогов высшей школы в контексте профессиональной успешности / Л.Н. Молчанова // Вестник Томского государственного университета.- 2011.- № 348.- С. 128-132.
4. Недуруева Т.В., Кузнецова А.А. Отношение к здоровью врачей-терапевтов как внутренний механизм саморегуляции их профессиональной деятельности / Т.В. Недуруева, А.А. Кузнецова //Известия Юго-Западного государственного университета.- 2012. -№ 5-1 (44). -С. 306-310.
5. Никитина Е.А. Психологические механизмы регуляции состояния психического выгорания у преподавателей высшей школы / Е.А.Никитина, Л.Н.Молчанова, Т.В. Недуруева, А.А. Кузнецова //Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика.- 2014.- № 4. - С. 111-121.
6. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В.Е.Орел //Психол. журн.- 2001.- Т. 22.- № 1.-С. 90-101

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ

Шаар Маалоули М.А., Пчелкина Е.П.

НИУ «БелГУ», г. Белгород, Российская Федерация



В статье рассматриваются психологические особенности личности подростков, употребляющих психоактивные вещества. У данной группы подростков выражены склонность к зависимости от психоактивных веществ и поиск новых ощущений.

Ключевые слова: психоактивные вещества, новые ощущения, подростковый возраст, аддиктивное поведение.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS USING PSYSTEMULATORS

Chaar Maalouly M.A., Pchelkina E.P.

The article deals with the psychological characteristics of the personality of adolescents who use psychoactive substances. In adolescents, the propensity to addiction to psychoactive substances and the search for new sensations.

Keywords: psychoactive substances, addictive behavior, adolescence, new sensation.

В научной психологической литературе указываются психологические особенности личности как факторы риска, способствующие увеличению склонности к потреблению наркотических веществ, среди которых важнейшими являются уже имеющиеся изменения поведения и эмоционально-волевой сферы подростков, такие как склонность к зависимому поведению и склонность к риску [1; 2; 4]. Данные особенности личности подростков, возможно рассматривать как предпосылки первых проб наркотика.

Среди характерологических особенностей подростков «группы риска» выделяют: слабость самоконтроля и дисциплины, склонность к новым ощущениям и риску, подверженность любопытству, привычку сначала делать, а потом думать, не способность учитывать последствия своего поведения, завышенную самооценку. Такие подростки могут начать употребление наркотических веществ вследствие рассказов знакомых, желания нарушить запреты и т.д. [4]. Однако перечисленные психологические особенности подростков, как предикторы зависимого поведения, по-прежнему остаются недостаточно изученными в научных психологических кругах, что обуславливает актуальность выбранной темы исследования.

Изучение психологических особенностей подростков, уже столкнувшихся с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), необходимо для разработки наиболее качественных методик, выявляющих предрасположенность к первым пробам наркотика и дальнейшему злоупотреблению, а также может применяться для создания эффективных



программ первичной профилактики наркозависимого поведения среди молодежи. Это характеризует практическую значимость выбранной темы исследования.

Цель исследования: изучить психологические особенности личности – предикторы аддиктивного поведения – у подростков, употребляющих психостимуляторы. Объект исследования: личность подростков. Предмет исследования: личностные предикторы аддиктивного поведения подростков.

Гипотезы исследования:

1. Подростки, употребляющие психостимуляторы, имеют высокий уровень склонности к зависимости от психоактивных веществ;
2. Подростки, употребляющие психостимуляторы, характеризуются высоким уровнем потребности в новых ощущениях.

Теоретической основой исследования являются работы таких авторов, как А.А. Григорьева, А.Е. Личко, Н.Ю. Максимова, Е.В. Фадеева, О.В. Цветкова, Л. Бернс и Т. Олсон и т.д.

Исследование проводилось с 24.04.2017 по 29.04.2017 года на базе Областного социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних в г. Белгороде. Выборку составили 12 подростков, 6 юношей и 6 девушек. Возраст обследуемых 14-17 лет.

В соответствии с предметом исследования, возрастными и психофизиологическими возможностями выбранного контингента, для проведения исследования были выбраны следующие методики: 1) тест-опросник «Склонность к зависимости от употребления психоактивных веществ» (Г.В. Лозовая); 2) методика диагностики потребности в новых ощущениях (М. Цукерман).

Средние значения уровня склонности к зависимости от употребления психоактивных веществ показали, что обследуемые подростки в целом характеризуются высоким уровнем склонности к зависимости от употребления психоактивных веществ (18).

Согласно частотному анализу данных, низкий уровень склонности к зависимости от употребления психоактивных веществ выявлен у 16,67% обследуемых (из них 8,33% юношей и 8,33% девушек). Полученные результаты свидетельствуют о том, что данная категория обследуемых, не имеет сформированного уровня склонности к зависимости от употребления психостимуляторов, вследствие чего, можно предположить, что их наркотизация вызвана стечением определенных неблагоприятных жизненных обстоятельств, а не личностными характеристиками.

Средний уровень склонности к зависимости от употребления ПАВ, выявлен у 25% обследуемых, представленных исключительно юношами. Данный уровень склонности к зависимому поведению от употребления



психоактивных веществ, свидетельствует о наличии определенных личностных характеристик, способствующих формированию наркотической зависимости.

Больше половины обследуемых (58,33%) имеют высокий уровень зависимости от психоактивных веществ, из них 41,67% девушки и 16,67% юноши. Эти данные могут свидетельствовать о формировании зависимости от употребления психостимуляторов у данной категории обследуемых.

Наибольшее количество обследуемых, характеризующихся высоким уровнем склонности к зависимости от ПАВ, – это девушки (41,67%), что еще раз подтверждает, что у лиц женского пола аддиктивное поведение формируется быстрее, чем у лиц мужского пола.

Полученные данные наглядно представлены на рисунках 1 и 2.

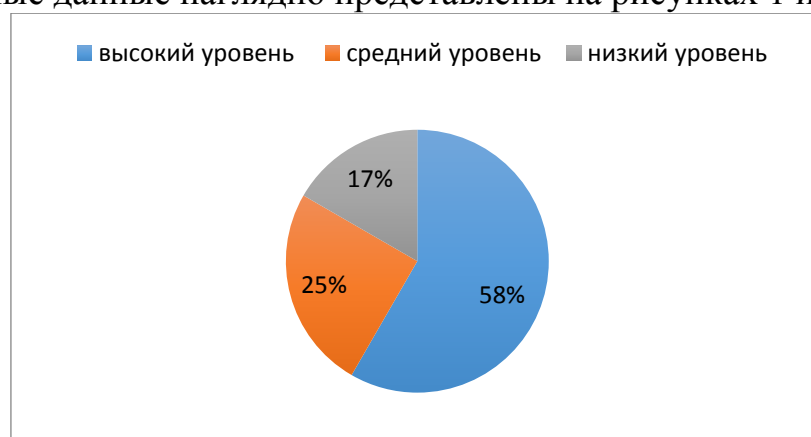


Рис.1. Выраженность склонности к зависимости от употребления ПАВ у подростков, принимающих психостимуляторы

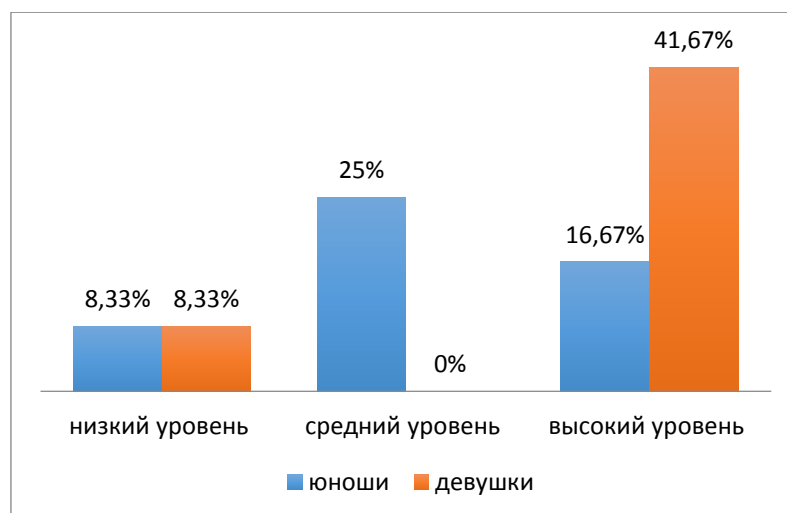


Рис. 2. Частота встречаемости уровней склонности к зависимости от употребления ПАВ у юношей и девушек, употребляющих психостимуляторы



Результаты средних значений диагностики потребности в новых ощущениях показали наличие высокого уровня потребности в новых ощущениях у подростков, употребляющих психостимуляторы (11).

Согласно частотному анализу данных, низкий уровень потребности в новых ощущениях имеют 16,67% обследуемые девушки, что характеризует их, как предусмотрительных и осторожных, предпочитающих стабильность и упорядоченность всему неизвестному и неожиданному.

Высокие значения обнаружены у 58,33% обследуемых (у 41,67% юношей и 16,67% девушек), свидетельствующих о наличии бесконтрольного влечения к новым, «острым» ощущениям. Обследуемые с высоким уровнем потребности в новых ощущениях имеют высокую вероятность возникновения глубокой зависимости от психоактивных веществ.

Результаты частотного анализа наглядно представлены на рисунках 3 и 4. Средним уровнем потребности в новых ощущениях характеризуются 25% обследуемых (8,33% юношей и 16,67% девушек), употребляющих психоактивные вещества. Данные показатели говорят об умении контролировать собственные потребности, о наличии сдержанности и рассудительности в определенных моментах жизни. Данная категория обследуемых имеет низкую предрасположенность к возникновению зависимости от употребления ПАВ.

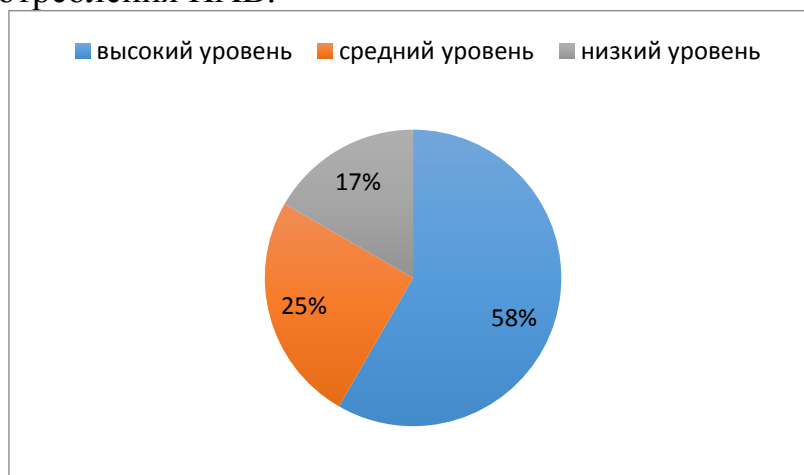


Рис. 3. Выраженность уровня потребностей в новых ощущениях у подростков, принимающих психостимуляторы

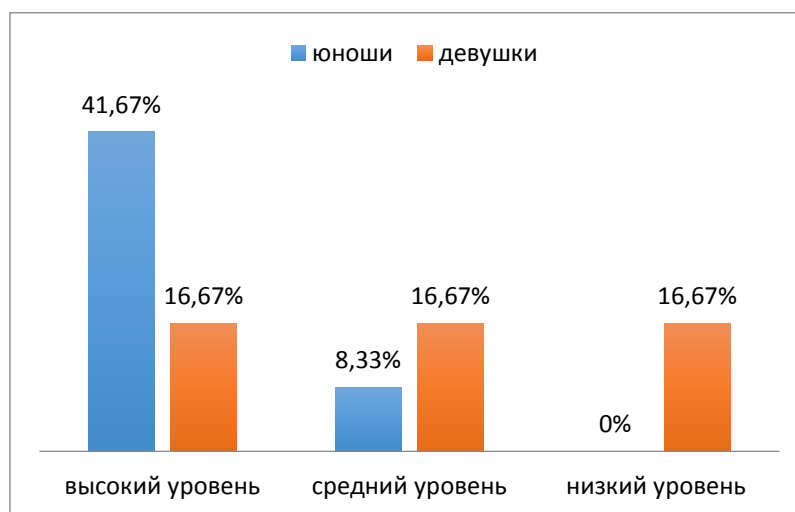


Рис. 4. Частота встречаемости уровней склонности к новым ощущениям у юношей и девушек, употребляющих психостимуляторы

Таким образом, основываясь на результатах, полученных в ходе исследования психологических особенностей подростков, употребляющих психостимуляторы, можно сделать следующие выводы:

1. Выявлен высокий уровень склонности к зависимости от психоактивных веществ у подростков, употребляющих психостимуляторы.
2. Выявлен высокий уровень потребности в новых ощущениях у подростков, употребляющих психостимуляторы.

Данные исследования свидетельствуют о наличии у подростков, употребляющих психостимуляторы, склонности к рискованному поведению, зависимости от психоактивных веществ и потребности в новых «острых» ощущениях. Данные подростки находятся в «зоне риска» и нуждаются в профессиональной помощи психологов, педагогов и работников социальных служб.

Список литературы

1. Березин, С.В. Психология наркотической зависимости и созависимости [Текст]: монография / С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Е.А. Назаров. – М.: МПА, 2001.
2. Фадеева, Е.В. Результаты диагностики психологических особенностей личности, предикторов зависимого поведения [Текст] / Е.В. Фадеева, А.А. Григорьева, О.В. Цветкова // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2015. – N2 (8) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 28.04.2017).



3. Мирзаянова, Л.Ф. Профилактика наркопотребления в молодежной среде. Из опыта воспитательной работы [Текст]: метод. пособие / Л.Ф. Мирзаянова. – Москва: Изд-во «ИРИС ГРУПП», 2012. – 202 с.

4. Яковлев, А.Н. Уроки наркоустойчивости [Текст]: методическое пособие / А.Н. Яковлев, О.А. Драганова. – Липецк, 2014 – 32 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шатунов А.А., Михин В.П.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Курск**

В статье представлены наиболее важные аспекты реабилитации больных инфарктом миокарда и возможные подходы к решению некоторых психологических проблем с точки зрения практикующего врача-кардиолога

Ключевые слова: психологические аспекты, реабилитационные мероприятия, больные, инфаркт миокарда.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF REHABILITATION ACTIVITIES OF MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

Shatunov AA, Mikhin V.P.

The most important aspects of rehabilitation of patients with myocardial infarction and possible approaches to solving some psychological problems from the point of view of a practicing cardiologist are presented in the article.

Key words: psychological aspects, rehabilitation measures, patients, myocardial infarction.

В 1993 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сформулировала определение кардиореабилитации как «комплекс мероприятий, обеспечивающих наилучшее физическое и психическое состояние позволяющий больным с хроническими или перенесенными острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) благодаря собственным усилиям сохранить или восстановить свое место в обществе социальный статус и вести активный образ жизни»



Система поэтапной реабилитации при ОИМ введенная в СССР показала высочайшую эффективность в сравнении с контрольной группой как на госпитальном этапе (освобождение больных от мучительного и продолжительного (3 недели и более) строгого постельного режима, так и при амбулаторном наблюдении в течение 2 лет (снижение смертности, улучшение течения болезни, достоверное снижение частоты сердечных осложнений, высокий процент вернувшихся к трудовой деятельности).

Кардиологическая реабилитация может осуществляться на любом сроке заболевания при стабильном клиническом состоянии больного, наличии реабилитационного потенциала, отсутствии противопоказаний к проведению отдельных реабилитационных методов и на основании четко определенной реабилитационной цели.

К сожалению, советская система реабилитации была разрушена, и спустя 20 лет предпринимаются усилия по возрождению программ реабилитации больных ИМ с учетом новых достижений клинической практики, в частности разработаны рекомендации по реабилитации больных институтом профилактической медицины 2014 г. [1].

Традиционно рассматриваются аспекты медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации.

Особое внимание уделяется обучению больных методикам освоения реабилитационных комплексов позволяющие повысить выживаемость пациентов на 10-25%, для чего организуются школы для пациентов, выделяются специальные штаты специалистов – кардиологов, психологов, инструкторов лечебной физкультуры и т.д., что регламентируется приказом МЗ РФ [2]. Указанная работа осуществляется врачами – кардиологами и реабилитологами, при этом нужно акцентировать внимание больного на благоприятных перспективах в отношении здоровья и долголетия, если он тщательно будет соблюдать приверженность врачебным предписаниям по медикаментозной и немедикаментозной терапии не только в больнице, но и в последующей жизни. Весьма положительно сказывается привлечение к этому процессу родственников больного.

Установлено, что рекомендации реализуемые в БРИТ повышают приверженность не только к медикаментозному лечению, но и соблюдению антиатеросклеротической диеты, повышению в быту физической активности (ФА), прекращению курения.

Однако, повышение приверженности больных лечению (комплаинс) уровень доказательности IA, достигается на короткий срок (2-3 месяца) и существенно зависит от психологических аспектов обучения пациентов. Не является секретом, пациент переходя от одного врача к другому сталкивается с различными трактовками положений о реабилитации. Так, в частности, те же



самые программы реабилитации по эффективности разнятся с разбросом $\pm 30\%$. Эта разница обусловлена психологическими и личностными качествами врача. Известная фраза: «Нет плохих учеников, есть плохие учителя» полностью иллюстрирует указанный дисбаланс. Сплошь и рядом встречаются рекомендации типа: «Нельзя принимать такое количество лекарств, это плохо отразится на Вашей печени, почках и т.д., «Сделайте перерыв в лечении, т.к. Ваше самочувствие хорошее», «..не надо делать значительных физических усилий...». В разделе рекомендации в выписках из различных ЛПУ, как правило, «расписаны» препараты и дозовые режимы, но не устанавливаются приоритеты медикаментозной терапии, а далее следует сакраментальная фраза: «Необходимо соблюдать режим труда и отдыха». Как и что соблюдать больному абсолютно не понятно. Указанные обстоятельства, являются разрушителем любого комплекса мероприятий. В этой связи назрела необходимость обучения врачей - кардиологов, общей практики психологическим приемам общения с пациентами и включение соответствующих разделов в программы постдипломного обучения врачей, а также увеличение времени на прием пациентов.

Приведем несколько действенных приемов существенно повышающих комплайнс больных.

В процессе выполнения нагрузочных тестов или при появлении симптомов дискомфорта при бытовых и трудовых усилиях определяется пульс, который мы расцениваем как патологический, от этой величины отнимаем 20 (эмпирическое число) и получаем пульс безопасности (ПБ) или тренировочного (ТР) режима (терминология наша). Больной может выполнять любые нагрузки контролируя частоту пульса, что гарантирует стабильность состояния. При использовании тренировочных режимов нагрузка является переменной величиной, ТП постоянной. По увеличению выполняемой нагрузки в процессе тренировок больной легко вычисляет % улучшения состояния и компенсаторных возможностей миокарда, так в частности, прекращение прироста нагрузки свидетельствует о пределе возможности данного вида терапии у больного. Эта методика удобна тем, что учитывает механизмы саморегуляции организма без участия врача и пациента по «конечному» результату, чем выгодно отличается от «фиксированных» методик дозированных нагрузок. Более того при очередном осмотре пациент представляет врачу практически мониторинг своего состояния, результаты наблюдения над собой и из объекта исследования превращается в соучастника организации лечебного процесса, может правильно и объективно оценить эффективность работы врача, что повышает уровень доверия между участниками лечебного процесса.



Медикаментозная терапия. Как свидетельствует опыт лечебной работы, большинство проблем связанных с приемом медикаментов обусловлены полипрогмазией. Если ознакомится со списком препаратов рекомендуемых больному перенесшему инфаркт миокарда согласно стандарту в сочетании с артериальной гипертонией и сахарным диабетом, то количество наименований превышает 8-10. Не каждый здоровый способен принять такое количество таблеток. Многие врачи понимают рекомендованные стандарты и порядки применения лекарственных средств буквально и назначают все, пугаясь заключения страховых компаний о неполном выполнении стандартов.

Больной просто не выдерживает такой агрессии физически и экономически и начинает лечиться с учетом собственных представлений и рекомендаций СМИ (о препаратах чистящих сосуды), соседей, интернета и других источников рекламы, имеющих сильное психологическое воздействие.

В результате абсолютно качественная схема лечения от лечащего врача превращается в плохую пародию на терапию с низкой эффективностью. Это приводит больного к выводу, что лечащий врач не компетентен в своем деле и начинается «хождение по мукам», приводящее к частой смене врачей, обращению к экстрасенсам и прочим «специалистам», сводящие усилия медикаментозной терапии к нулю.

Мы используем следующие психологические приемы для предотвращения подобных ситуаций:

1. Количество препаратов не должно превышать 4-5, за счет использования перекрестных эффектов;
2. Различные пути введения препаратов (оральный, парентеральный, физиотерапевтический, ингаляционный и т.д.);
3. Использование фиксированных комбинаций;
4. Применение препаратов пролонгированного действия.

Прием препаратов «привязываем» к определенному часу, приему пищи и другими конкретными циклическими событиями в жизни больного. Указанная «хитрость» существенно повышает приверженность больных к лечению, доверие к врачу (ведь никто это раньше не говорил) дает свободу маневра для отмены малоэффективных препаратов (всегда можно сослаться на не выполнение больным условий приема и назначить «более удобный для приема препарат» и т.д.).

У больного инфарктом часто возникают фобии связанные с риском смерти при выполнении любых нагрузок физических, эмоциональных, половых и т.д., приводящие к формированию психо-соматических расстройств, уходу в болезнь вплоть до суицидальных попыток. Согласно программ реабилитации, в этих случаях применяют седативные препараты и антидепрессанты, позволяющие стабилизировать эмоциональный фон пациента. На наш взгляд



седативная терапия показана только при проявлениях острых соматогенных психозов [3], при депрессиях и фобиях она приводит прямо к противоположным результатам. В этих случаях следует доказать больному необоснованность его страхов путем объяснения его возможностей при проведении нагрузочных тестов, обучить приему необходимых препаратов для профилактики и при возникновении экстремальных ситуаций при внешних воздействиях и появлении коронарных симптомов. Ясное понимание и правильная оценка своего состояния является лучшим средством лечения. Хорошие результаты показывают обучение пациентов аутотренингу.

Одной из проблем, требующих психологической реабилитации является сексуальная сфера [4]. На эту тему не принято говорить с врачом (чаще женщиной). При выполнении программ реабилитации больной возвращается в семью через 1,5 - 2 месяца, принимает лекарственные средства о побочных эффектах которых известно из инструкций, помнит многочасовые беседы с «коллегами» по болезни и их неоднозначные «мемуары» на этот счет. И первый секс после возвращения домой или бесконечно откладывается или реализуется быстро, слабо и неудовлетворительно [5], что только усугубляет проблему, порождает комплекс неполноценности, вплоть до развала семьи.

Необходимо объяснить пациенту, что если приступы стенокардии не возникают при подъеме по лестнице выше 2 этажа [6], в том числе на фоне медикаментозной терапии, разрешается половая жизнь без всяких ограничений с привычным партнером (с новым через 6 мес. после развития ИМ) и неудобства «первого» контакта связаны с длительным периодом воздержания и «функция» восстанавливается через несколько дней.

Очень важно, что обсуждение половой темы необходимо провести с обоими партнерами порознь и одновременно, что практически снимает все проблемы.

Психологическая подготовка больного к коррекции организации профессиональной деятельности в новых условиях и освещение этих аспектов в доступной литературе, СМИ, разрабатывать памятки для руководителя, чтобы коллеги по работе были готовы к коррекции условий труда сотрудника, перенесшего инфаркт миокарда.

Не являясь профессиональными психологами, мы далеки от мысли, что решаем вопросы психологической реабилитации больных инфарктом миокарда. В этом сообщении мы обозначили наиболее важные аспекты реабилитации больных инфарктом миокарда и возможные подходы к решению некоторых психологических проблем с точки зрения практикующего врача-кардиолога.

Литература



1. Российские клинические рекомендации «Реабилитация и вторичная профилактика у больных перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST».- Москва.- 2014. - 94 с.

2. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 22.11.04 № 230 утверждения стандарта медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда

3. Репин А.Н. Комплексная реабилитация пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами / Е.В. Лебедева, Т.Н. Сергиенко, Р.С. Карпов // Кардиосоматика. - 2010. - № 1. – С. 51- 56

4. DeBuks R, Drory Y, Goldstein I. et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of The Princeton Consensus Panel. Am J Cardiol. 2000; 86: 175-81.

5. Honig A, Kuyper AM, Schene AH, et al. Treatment of postmyocardial infarction depressive disorder: a randomized, placebocontrolled trial with mirtazapine. Psychosom Med. 2007; 69: 606-13.

6. Lesperance F, Frasere-Smith N, Koszycki D, et al. Effect of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. JAMA. 2007; 297: 367-79.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Щербатых Ю.В.

**Воронежский филиал Московского гуманитарно-экономического
университета, г.Воронеж, Россия**

Психологический стресс может негативно влиять на состояние здоровья людей, приводя при неблагоприятных условиях к психосоматическим расстройствам. Поэтому представляется важной разработка методов ранней диагностики и коррекции стресса. Предположительно, для каждого человека существует свой оптимальный уровень стресса, при котором его активность достаточно высока, и в то же время уровень напряжения не достигает состояния дистресса.

Коррекция уровня стресса следует начинать после соотнесения типа источника текущего стресса (стрессора) к одной из трех возможных групп. К первой группе принадлежат стрессоры, независимые от человеческих усилий;



вторая группа включает в себя такие факторы окружающей среды, на которые человек не может существенно повлиять, а третья группа стрессоров включает в себя события, которые становятся источниками стресса только из-за неадекватной интерпретацией их человеком. Проведенные исследования показывают, что выявление природы стресса и дифференцированный подход к стрессовым реакциям позволяют эффективно регулировать уровень стресса наряду с поддержанием достаточно высоких показателей личной активности и успешности в жизни.

Ключевые слова: стресс, психологический стресс, коррекция стресса

COMPLEX APPROACH TO DIAGNOSTICS AND CORRECTION PSYCHOLOGICAL STRESS

Shcherbatykh Yu.V.

The psychological stress can negatively influence the health status of people, leading under the unfavorable conditions to psychosomatic disorders. Hence, the development of methods of its early diagnostics and correction appears to be critical. Supposedly that for every person there is its own optimum of activation, at which the activity is effective enough and at the same time the level of exertion never reaches the status of distress.

The correction of the stress level is proposed to begin after the correlation of stress factors to one of three possible groups. The stressors that are independent from human efforts belong to the first group; the second group includes such factors of environment that can be substantially affected by man, and the third group includes the events that become stressors only due to inadequate interpretation by man. The conducted research shows that the opportune stress disclosure and the differentiated approach to the stress reactions allow us to regulate the level of stress effectively along with the maintenance of high enough indices of personal activity and successfulness in life.

Key words: stress, psychological stress correction for stress

В последнее время психологический стресс становится все более актуальной проблемой для миллионов людей в разных странах. В далеком прошлом человечества стрессы были связаны с физической борьбой за выживание, и природные защитные механизмы в достаточной мере обеспечивали адаптацию человека к холоду, голоду, травмам и повышенным физическим нагрузкам. В отличие от прошлых тысячелетий жизнь современного человека в развитых странах внешне кажется благополучной, однако проблемы перешли на внутренний уровень переживаний и негативных



мыслей, в результате чего биологические стрессы уступили место психологическим [1,5,8]. Следует отметить, что надежной защиты от психологического стресса эволюцией не предусмотрено, так как, во-первых, естественный отбор человека завершился примерно тридцать тысяч лет назад, а, во – вторых, условия жизни и работы современного человека кардинально отличаются от среды обитания наших предков. Отмечается, что «большинство ответных реакций на биологические и физические воздействия носят рефлекторный характер и генетически запрограммированы на уровне ДНК», но природа тысячелетия назад не могла предусмотреть такие причины стрессов как крушение карьерного роста, банковские или политические кризисы, или переживания по поводу несбывшихся духовных исканий современного человека [5, с. 101].

В этой связи можно отметить существенные ограничения первоначального учения о стрессе, изложенные Гансом Селье в его ранних работах [2]. Дело в том, что Г. Селье описал феномен адаптационного синдрома (неспецифической реакции организма в ответ на разнообразные повреждающие воздействия) в опытах на крысах, психическая жизнь которых значительно беднее таковой у людей, соответственно и диапазон реакций на «человечески» стрессы гораздо шире и вариативней. Поэтому позднее Р. Лазарусом была разработана концепция «психологического стресса» под которым понималась комплексная реакция человека на особенности взаимодействия между личностью и окружающим миром [11]. Впоследствии данная концепция была дополнена понятием ресурсов, необходимых для разрешения возникающей проблемной ситуации, и наличие или отсутствие которых существенно влияло на характер и глубину возникающего стресса [1]. В настоящее время большинство исследователей полагают, что именно вследствие некомпенсированных психологических стрессов формируется большое количество психосоматических заболеваний - артериальная гипертензия, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, нейродерматозы, иммунодефициты, эндокринопатии и даже опухолевые заболевания [1, 2, 4, 5, 7]. Среди стрессов повседневности, которые имеет место у современного человека, значительную роль играют производственные стрессы [5, 6, 8]. При этом «факторы, вызывающие производственный стресс, можно условно разделить на объективные (мало зависящие от личности работника), и субъективные (развитие которых больше зависит от самого человека)» [6, с. 133], причем каждая из данных групп требует своего подхода и методов оптимизации стресса.

Для оценки уровня стресса или предрасположенности к нему применяются психологические, физиологические и биохимические методы. К первым можно отнести бланковые опросники (Спилбергера, Цунга,



Гамильтона, САН, психосемантическую шкалу выраженности переживаний и др.) [3,5], ко вторым – измерение частоты сердечных сокращений и артериального давления, биопотенциометрия, а также вычисление вегетативного индекса Кердо [3,5], к третьим – измерение тесты слюны для оценки концентрации уровня кортизола [3,9,10]. К физиологическим методам можно отнести такой высокоинформативный метод как «математический анализ сердечного ритма», который позволяет не только определить уровень стресса, но и оценить вклад в него разных отделов вегетативной нервной системы [5,11]. Согласно рекомендации Рабочей группы Европейского Кардиологического Общества и Северо-Американского общества стимуляции и электрофизиологии, наиболее информативными показателями состояния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы считаются среднеквадратическое отклонение кардиоинтервалов и мощность высокочастотной составляющей сердечного спектра, а активность симпатического отдела оценивается по показателю амплитуды моды кардиоинтервалов. Кроме того, в качестве весьма чувствительного маркера стресса можно использовать индекс напряжения регуляторных систем, отражающий итоговый баланс симпатического и парасимпатического отделов и общую активацию организма [12].

Следует отметить, что благодаря сложности и вариативности человеческой психики между результатами данных групп методов не всегда наблюдаются достоверные связи. В частности в одном из исследований не было обнаружено значимых корреляций между кортизолом и субъективными показателями оценки психического состояния [3]. Выбор генерации стресса и способы его оценки объясняют отсутствие корреляций в данной работе, так как для разных людей (в зависимости от жизненного опыта и типа высшей нервной деятельности) реакция стресса на исходные стимулы может существенно отличаться [5]. Сами авторы комплексного исследования отмечают, что «главным «пусковым» элементом трансактного процесса является субъективность отражения» [3]. Дело в том, что в этом исследовании эмпирическими моделями социального стресса являлись ситуации, реакция которых у разных людей может очень существенно отличаться в зависимости от предыдущего опыта: публичное выступление (процедура Trier Social Stress Test) и интервью с незнакомым человеком противоположного пола, включающее чувствительные вопросы о половом поведении [9,10].

Однако, оценка уровня стресса и его глубины – это первая задача, стоящая перед исследователями. Следующей задачей является управление уровнем стресса, его оптимизация, что в большей части случаев означает снижение уровня стресса до приемлемых величин. Для решения этой задачи применяются различные методы, включающие в себя биохимические,



физиологические и психологические подходы. В этот весьма широкий диапазон приемов стресс-менеджмента можно включить разнообразные фармакологические препараты, приемы психотерапии, биологическая обратная связь, дыхательная гимнастика, специально подобранная музыка, физические упражнения, физиотерапевтические мероприятия (массаж, сауна) и т.д. Особый интерес представляют психологические методы, которые в отличие от фармакотерапии не вызывают привыкания и не оказывают негативного влияния на печень. Это аутогенная тренировка, прогрессивная мышечная релаксация, йога, позитивное мышление, визуализация и нейролингвистическое программирование (НЛП) [5,7]. Последний метод показал свою высокую эффективность при различных типах стрессов, что подтверждено физиологическими исследованиями состояния организма [4].

При этом важно помнить, что задача стоит не столько в уменьшении, сколько в оптимизации уровня стресса, так как основатель учения о неспецифическом адаптивном синдроме Ганс Селье выделял две его формы: стресс полезный (эустресс) и вредоносный (дистресс) [2]. Кроме того, следует помнить, что цена успешной деятельности всегда достаточно высока, и при выборе оптимальной стратегии реагирования на стресс приходится расставлять приоритеты. С одной стороны, полное снятие стрессорной активации значительно снижает возможности человека максимально реализовать себя в жизни, а, с другой стороны, излишняя активность симпатической системы вызывает серьезные нарушения в организме. Истина, как это часто бывает, находится посередине. Очевидно, что для каждого человека существует свой оптимум активации, при котором его деятельность достаточно эффективна, и в тоже время уровень напряжения не достигает дистресса.

Коррекция уровня стресса следует начинать после соотнесения типа источника текущего стресса (стрессора) к одной из трех возможных групп. К первой группе принадлежат стрессоры, независимые от человеческих усилий; вторая группа включает в себя такие факторы окружающей среды, на которые человек не может существенно повлиять, а третья группа стрессоров включает в себя события, которые становятся источниками стресса только из-за неадекватной интерпретации их человеком [5]. Коррекция первого типа стресса осуществляется с помощью аутогенной тренировки, дыхательных техник или позитивной визуализации; успешная коррекция второго типа стресса возможна с помощью методов нейролингвистического программирования, и для третьей группы стрессоров лучше подходят техники позитивного мышления и «рефрейминг». Проведенные за последнее время исследования показывают, что своевременное выявление стресса и оптимизация его уровня позволяют достаточно эффективно регулировать силу психологического стресса при сохранении достаточно высокого показателя активности личности и ее



успешности в жизни [4,5,6].

Литература

1. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. - М.: ПЕР СЭ.- 2006. - 528 с.
2. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье/ Пер. с англ.; общ. ред. Е.М. Крепса. - М.: Прогресс.- 1979. - 124 с.
3. Сафонов В.К. Биологические и психологические детерминанты реагирования на ситуации социального стресса / В.К. Сафонов, В.А. Абабков, С.В. Веревошкин, Т.С. Войт, Г.Е. Ураева, Е.А. Потемкина, А.В. Шаболтас // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология».- 2013.- том 6.- № 3. - С. 82-89.
4. Щербатых Ю.В. Саморегуляция вегетативного гомеостаза при эмоциональном стрессе / Ю.В. Щербатых // Физиология человека.- 2000. - Т.26. - №5. - С.151-152.
5. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. – 2-е изд. - СПб.: Питер.- 2012. – 256 с.
6. Щербатых Ю.В. Психология труда и кадрового менеджмента в схемах и таблицах: справочное пособие / Ю.В. Щербатых. - М.: КноРус, 2014. – 248 с.
7. Щербатых Ю.В. Системный подход к управлению стрессами / Ю.В.Щербатых, Н.И.Лицман, И.Н. Мещерякова//Медико-биологические и педагогические основы адаптации, спортивной деятельности и здорового образа жизни: сборник научных статей IV Всероссийской заочной научно-практической конференции с международным участием. - Воронеж: Научная книга.- 2015. — С. 515-517.
8. Юнусова С.Г. Стресс. биологический и психологический аспекты / С.Г.Юнусова, А.Н.Розенталь, Т.В. Балтина //Ученые записки казанского государственного университета, Том 150, кн. 3, Гуманитарные науки.- 2008.- С 139-149.
9. Engert V., Efanov S.I., Duchesne A., Vogel S., Corbo V., Pruessner J.C. Differentiating anticipatory from reactive cortisol responses to psychosocial stress. Psychoneuroendocrinology. 2013 Aug; 38(8):1328-37.
10. Halpern C.T., Campbell B., Agnew C.R., Thompson V., Udry J.R. Associations between Stress Reactivity and Sexual and Nonsexual Risk Taking in Young Adult Human Males. Hormones and Behavior, 2002, 42: 387-398.
11. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlook // Ann. Rev. Psychol. - 1993. - V. 44. - P. 1-21.
12. Nozdrachev A.D., Shcherbatykh Yu.V. Modern Methods of Functional Studies of the Autonomic Nervous System // Human Physiology. - 2001, Volume 27, Issue 6, pp. 732-737.



ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РЕШЕНИЯ ЛИЧНЫХ ПРОБЛЕМ ГЕНДЕРНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Шукчус Л.В.

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия**

В статье рассматривается теоретическое обоснование психологической помощи в решении проблем личных гендерных отношений. Для грамотного построения личных гендерных отношений необходимо участие практических психологов через различные виды деятельности: психологическую профилактику, психологическую коррекцию.

Ключевые слова: проблемы личных гендерных отношений, гендерное воспитание, психологическое просвещение, коррекционно-развивающая работа.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT TO DEAL WITH PERSONAL PROBLEMS OF GENDER RELATIONS

Succus L. V.

In the article the theoretical basis of psychological assistance in solving problems of personal gender relations. For competent construction of personal gender relations requires the participation of clinical psychologists through various kinds of activities: psychological prophylaxis, psychological correction.

Key words: problems of personal gender relations, gender education, psychological education, correctional and developing work.

Система гендерных отношений является значимой и эмоционально насыщенной для личности [6,8,9]. Будучи одной из составляющих движущей силы личности, эта система характеризует степень интереса, силу желаний, потребностей, эмоций; выражается в действиях, реакциях, переживаниях; связана с самооценкой и признанием человека как представителя определенного пола и личности в целом.

Современные исследования показывают, что стихийный характер возникновения личных гендерных отношений и отсутствие их официального оформления приводит к разобщенности людей [5]. Кроме того, отсутствие до



сих пор психолого-педагогических программ, в которых развитие гендерной идентичности и гендерных отношений рассматривалось бы в качестве одной из основных целей, привело к возникновению ряда проблем саморазвития и развития личности, актуальных на сегодняшний день: 1) искажение гендерного образа-эталона, 2) ослабление поляризации мужских и женских гендерных ролей и очевидной и все более усиливающейся маскулинизации девушек и феминизации юношей; 3) ослабление традиционных различий в нормах женских и мужских форм поведения и как следствие 4) значительное повышение крайних, неадекватных форм поведения; 5) увеличение форм и способов гендерных контактов, 6) доля романтических отношений падает, однако растет доля отчужденных; 7) усиливается демократизация и упрощение гендерных отношений, 7) неустойчивость супружеских отношений и значительное обострение проблем одиночества [5].

Перечисленные факты дают основание утверждать, что гендерные отношения надо специально строить, не полагаясь на то, что они будут развиваться правильно сами по себе» [3,4]. Для грамотного построения личных гендерных отношений необходимо участие практических психологов через различные виды деятельности, к которым относятся: психологическая профилактика, психологическое консультирование, психологическая диагностика и коррекция. В конкретной ситуации каждый перечисленный вид работы может быть основным в зависимости от той проблемы, которая стоит перед психологом.

В частности, психопрофилактическая работа – «это специальный вид деятельности психолога, направленный на сохранение, укрепление и развитие психологического здоровья личности и предполагает предупреждение возможного неблагополучия в психическом и личностном развитии детей и создание психологических условий, максимально благоприятных для этого развития» [7]. Может быть представлена гендерным воспитанием и психологическим просвещением.

На уровне житейской психологии гендерное воспитание зачастую рассматривалось как процесс, не требующий специального внимания и не представляющий трудностей, который невозможно осуществлять в широком кругу. Однако, все более чаще исследователи заявляют о необходимости организации гендерного воспитания, как одного из факторов, тесно связанного с процессом развития личности.

Целью гендерного воспитания является формирование целостной личности, причисляющей себя к определенному полу, способной осознавать свои психические и физиологические особенности, устанавливать оптимальные отношения с людьми своего и противоположного пола [4].



В основе организации системы гендерного воспитания должны лежать принципы, вытекающие из логики психологии конкретного возраста. Мы остановимся на некоторых общих принципах [4].

1. Гендерное воспитание должно быть не стихийно протекающим процессом, а открытым, организованным и направленным.

2. Институтами гендерной социализации должны выступать: семья, школа, вузы, средства массовой коммуникации, информации и искусства.

3. Гендерное воспитание должно опираться не на умозрительные концепции, а на реальные для данного пола и возраста характеристики гендерного развития.

4. Способами объяснения вопросов пола должны быть: правдивость и индивидуальность подхода; осознание всеми участниками необходимости естественности поведения; доверие участников друг к другу; ясность, непрерывность повторения, помогающие пробуждать в личности собственную ответственность; единство передачи факторов и эстетических ценностей.

Вторым видом профилактической работы, как мы отмечали, может быть психологическое просвещение. Психологическое просвещение прежде всего нацелено на решение проблемы управления и понимания личностью собственного поведения. Особое внимание в данном случае нужно обратить на тех студентов, у которых сформирована негативная или диффузная гендерная идентичность. Важной проблемой для них является проблема управления собственным поведением в рамках своей гендерной роли. Такое управление возможно через овладение знаниями об окружающем мире.

Реально люди овладевают знаниями разными способами. Один из них – продвижение по пути прямой социализации, которая связана с вознаграждением желательного поведения и наказанием нежелательного, а также связана с подражанием поведению доступных наблюдению ролевых моделей [6].

Другой способ связан с психодинамическими процессами: в определенных ситуациях люди проявляют тревожные чувства, но постепенно учатся снижать эту тревогу, используя ряд защитных механизмов [2].

Но существует и третий способ приобретения знаний о мире людей – благодаря процессу, называемому социальным познанием [1].

Социальное познание включает в себя мысли, знания и предположения о социальном мире. Знания влияют на формирование установок поведения и таким образом обуславливают желательное поведение в ситуациях различных отношений между людьми. Процесс социального познания предполагает осмысление людьми своего опыта как органического целого.

Главным итогом социального познания должно быть развитие понимания дружбы и моральных суждений относительно вопросов пола.



Коррекционно-развивающая работа является, как мы уже отмечали, также специфическим видом деятельности психолога. При этом, в отечественной психологии коррекция понимается как устранение отклонений в психическом и личностном развитии; работа по развитию способностей, формированию личности; или как «особым образом организованное психологическое воздействие, осуществляемое по отношению к группам повышенного риска и направленное на перестройку, реконструкцию тех неблагоприятных новообразований, которые определяются как психологические факторы риска, и на воссоздание гармоничных отношений личности» [7].

Коррекционно-развивающая работа должна опираться на теоретические положения, разработанные классиками и современными авторами отечественной и зарубежной психологии. Выделим те, которые будут работать на реализацию основной цели коррекционно-развивающей работы по решению проблем в сфере гендерных отношений.

1. Положение В.Н. Мясищева (1960), согласно которому личность является продуктом системы значимых отношений, поэтому эффективная психологическая коррекция немыслима без включения в коррекционный процесс участников значимых отношений.
2. Положение С.Л. Рубинштейна (1973) о формах психологических контактов между людьми.
3. Положение о личностно-ситуационной детерминации поведения человека. Личностные особенности могут быть представлены как условные возможности, реализующиеся в актах поведения в конкретных ситуациях (Воронин В.Н., Князев В.Н., 1989; Магнуссон Д., 1983 и др.).
4. Положение А.Н. Леонтьева (1977) о том, что положительно влиять на процесс развития можно через ведущую деятельность.
5. Разработанное положение Д.Б. Эльконина о том, что коррекционный потенциал игры заключается в многообразии переживаний, значимых для личности и в практике новых социальных отношений, в которые личность включается в процессе специально организованных игровых занятий.
6. Положение З.Фрейда (1959) о том, что игру можно использовать как технику психоанализа: свободная игра является заменителем словесных свободных ассоциаций.

Учитывая полифакторную природу гендерной идентичности, необходимо говорить о комплексном и системном воздействии на личность в контексте коррекционно-развивающей работы. Остановимся на специфических особенностях коррекционно-развивающей работы (Дубровина И.В., 1997; Исаев Д.Н., Каган В.Е., 1980; Спиваковская А.С., 1988 и др.).

1. Психологической коррекции должны подвергаться все параметры сложной природы гендерной идентичности.



2. Изменения в результате психокоррекционного воздействия должны быть представлены на 3 уровнях: в сознании и самосознании, в поведении и в отношениях.

3. Коррекционно-развивающий процесс нельзя строить с использованием понятий: «гендерная норма», «возрастная норма». Главным в работе должен быть принцип индивидуального подхода, реализацией которого является «личностное достижение» (Цзен Н.В., Похомов Ю.В., 1985) человека в контексте его личностного роста.

4. Коррекционно-развивающая работа должна быть представлена различными методами.

5. В контексте коррекционно-развивающей работы должна моделироваться не любая деятельность или отношения, а личностно значимые.

6. Учитывая активную социальную позицию студентов в виде «проб себя», можно полагать, что специально направленные ситуации можно использовать в качестве коррекционных техник.

7. Контакт специалиста-психолога и с тудентов должен удовлетворять специфическим требованиям: наличие трансфера (эмоциональная окрашенность и личностная значимость отношений).

Кроме выделенных важных вопросов, представляющих коррекционно-развивающую работу, необходимо коснуться подходов в применении специфических методов и методик, техник и процедур. Зарубежная психология располагает значительным арсеналом хорошо отработанных методов, адаптированных к задачам практической психологии. Все множество процедур и методик сводится к реализации двух основных подходов к коррекции: психодинамического (психолог работает с сознанием, его структурой и динамикой развития реципиента) и поведенческого (психолог работает непосредственно со стимульно-реактивными связями реципиента). Данные подходы достаточно полно реализуют цель, задачи, особенности коррекционно-развивающей работы, направленной на решение проблем личных гендерных отношений личности [9].

Литература

1. Андреева Г.М. Психология социального познания / Г.М. Андреева - М.- 2000.- 312 с.
2. Грановская Р.М. Защита личности: психологические механизмы / Р.М. Грановская, И.М. Никольская – СПб: «Знание».- 2008. – 221 с.
3. Залкинд А.Б. Половое воспитание / А.Б. Залкинд -М.- 1928. – 181 с.
4. Каган В.Е. Воспитателю о сексологии / В.Е. Каган - М.: Педагогика.- 1991. – 151 с.



5. Романов И.В. Особенности половой идентичности / И.В. Романов // Вопросы психологии.- 1997.- № 4.- с. 39-47.
6. Кон И.С. Введение в сексологию / И.С. Кон // М.: Медицина.-1989. – 332с.
7. Практическая психология образования / Под. ред. И.В. Дубровиной: Учебник для студентов высших и средних специальных учебных заведений. - М.: ТЦ «Сфера».- 1997. – 525 с.
8. Раттер М. Помощь трудным детям. / М. Раттер- М.- 1987.- 453с.
9. Шукчус Л.В. Подходы к исследованию гендерного самосознания / Л.В. Шукчус и др. // Гендерный подход в гуманитарных исследованиях: коллективная монография / под ред. А.Ю. Нагорнова. – Ульяновск. Зebra.- 2016. – 188с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Шутеева Т.В.

**ФГБОУ ВО Курский Государственный Медицинский Университет;
г. Курск; Россия**

Сосудистые заболевания головного мозга представляют важную проблему для государства и здравоохранения в связи с их высокой частотой, смертностью и инвалидизацией. В последние годы возрастает число пациентов молодого возраста в структуре заболеваемости мозговым инсультом. Целью проведенного исследования явилась оценка характера заболеваемости инсультом лиц до 45 лет в Курской области за 2015-2016гг, изучение основных типов инсульта в данной возрастной группе, определение влияния факторов риска данной патологии у лиц молодой возрастной категории.

Ключевые слова: инсульт в молодом возрасте, типы инсульта, региональный сосудистый центр.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF STROKE IN YOUNG ADULTS

Suceava T. V.

The purpose of the study was to assess the incidence of stroke among persons under 45 in the Kursk region in 2015-2016, the study of the main types of stroke in



this age group, determine the impact of risk factors on the occurrence of this pathology in persons under 45 years of age.

Key words: stroke at a young age, types of stroke, regional vascular center.

Значительная распространенность сосудистой патологии головного мозга определяет важность этой проблемы. Сосудистые заболевания являются важнейшими для здравоохранения и государства в целом. Это объясняется их высокой частотой, большими процентами инвалидизации и летальности [2].

Ежегодно у 450000 человек развивается мозговая инсульт. Смертность в России от острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в 4 раза превосходит таковую в США и Канаде. Среди стран Европы показатель смертности от цереброваскулярной патологии в России самый высокий. По данным анализа Всероссийского центра профилактической медицины, в нашем государстве от цереброваскулярной патологии умирает 25% мужчин и 39% женщин. Смертность от инсульта – 175 случаев на 100000 населения в год [6].

Очень значимы последствия ишемического инсульта. До 84–87% больных умирают или инвалидизируются, и всего 10–13% пациентов выздоравливают и возвращаются к нормальной жизни. Вместе с тем, среди выживших больных у 50% развивается повторный инсульт в течение последующих 5 лет жизни [1,3,6].

По данным Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), 31% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в специальном уходе, 20% не могут самостоятельно передвигаться и лишь 8% возвращаются к нормальной жизни [6].

Возрастающий интерес к причинам инсульта у пациентов молодого возраста (ВОЗ относит к молодому возрасту лиц от 15 до 45 лет) обусловлен следующими обстоятельствами:

1) этиологические факторы инсульта у значительной части лиц молодого возраста отличаются от таковых у более возрастных пациентов и достаточно часто остаются невыясненными. Это очень важно в плане формирования комплексапрофилактических мероприятий повторных инсультов.

2) в недостаточной степени разработан алгоритм обследования молодых пациентов с ОНМК.

3) высоко медико-социальное значение инсульта у лиц, находящихся в самом расцвете сил, в репродуктивном возрасте, часто на высоте творческого и профессионального взлета.

4) возросла частота инсульта в молодом возрасте, колеблющаяся, по данным разных наблюдений, от 2,5 до 10% всех инсультов в исследуемой популяции. Следует особо подчеркнуть, что в России от цереброваскулярной патологии люди умирают в более молодом возрасте, чем в странах Запада.



Летальный исход и инвалидизация трудоспособного населения социально активного возраста является очень значимой проблемой [5].

В трети случаев мозговой инсульт развивается у лиц трудоспособного возраста, в 15-17% случаев— среди людей в возрасте 40-45 лет. При этом мозговой инсульт влечет за собой тяжелые инвалидизирующие последствия, и только 20% перенесших мозговой инсульт возвращается к труду. Постинсультная инвалидизация занимает 1-е место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10000 населения [2,4,5].

Существенной проблемой является высокий риск повтора инсульта — вероятность этого достигает 30 %, что в 9 раз выше, чем в общей популяции. [2,5].

В рамках снижения смертности и инвалидизации от инсульта явилось создание первичных отделений для лечения острых нарушений мозгового кровообращения на базе многопрофильных стационаров, имеющих в своей структуре терапевтические, хирургические отделения, лабораторную службу, круглосуточную службу нейровизуализации, ультразвуковой диагностики, мультидисциплинарного штата сотрудников. В Курской области создано четыре т сосудистых центра, позволяющих повысить доступность и качество дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи населению при инсультах, в которых проводится селективный внутриартериальный тромболизис, малоинвазивные методы хирургического лечения геморрагического инсульта, стентирование. В задачи сосудистых центров входит снижение смертности от инсульта, летальности, заболеваемости инсультом, инвалидизации.

Цель исследования. Оценить характер заболеваемости инсультом лиц до 45 лет в Курской области за 2015-2016 гг (по данным работы регионального сосудистого центра (РСЦ) на базе Курской областной клинической больницы (КОКБ)). Определить влияние факторов риска на возникновение данной патологии.

Материалы и методы. Истории болезни пациентов с ОНМК (мозговыми инсультами), поступившие в РСЦ КОКБ по экстренным показаниям в период с 1 января 2015 года по 31 декабря 2016 года. Анализ историй болезни пациентов с мозговым инсультом до 45 лет статистическим методом, а также методом оценки анамнестических данных.

Результаты исследования. За период 2015-2016 гг. в региональный сосудистый центр поступили 98 пациентов с инсультом в возрасте до 45 лет. Из них мужчин – 67 (68%); женщин – 31 (32%). Средний возраст-37 лет; средний возраст пациентов - мужчин – 36 лет, средний возраст женщин – 38 лет. Согласно проведенным исследованиям установлено, что у данной возрастной



категории преобладали геморрагические инсульты (54%), доля случаев ишемического инсульта составила 46% случаев (табл.1).

Таблица 1.

Распространенность инсульта разных типов у мужчин и женщин в возрасте до 45 лет.

САК-субарахноидальное кровоизлияние, ВК-внутричерепное кровоизлияние, ИИ- ишемический инсульт

Тип инсульта	мужчины	женщины
САК	13%	10%
ВК	23%	8%
ИИ	32%	14%
Всего	68%	32%

Среди мужчин: 54% случаев - геморрагический инсульт, 46% - ишемический инсульт. Среди женщин: 55% случаев - геморрагический инсульт, 45% - ишемический инсульт. (Рис.1)

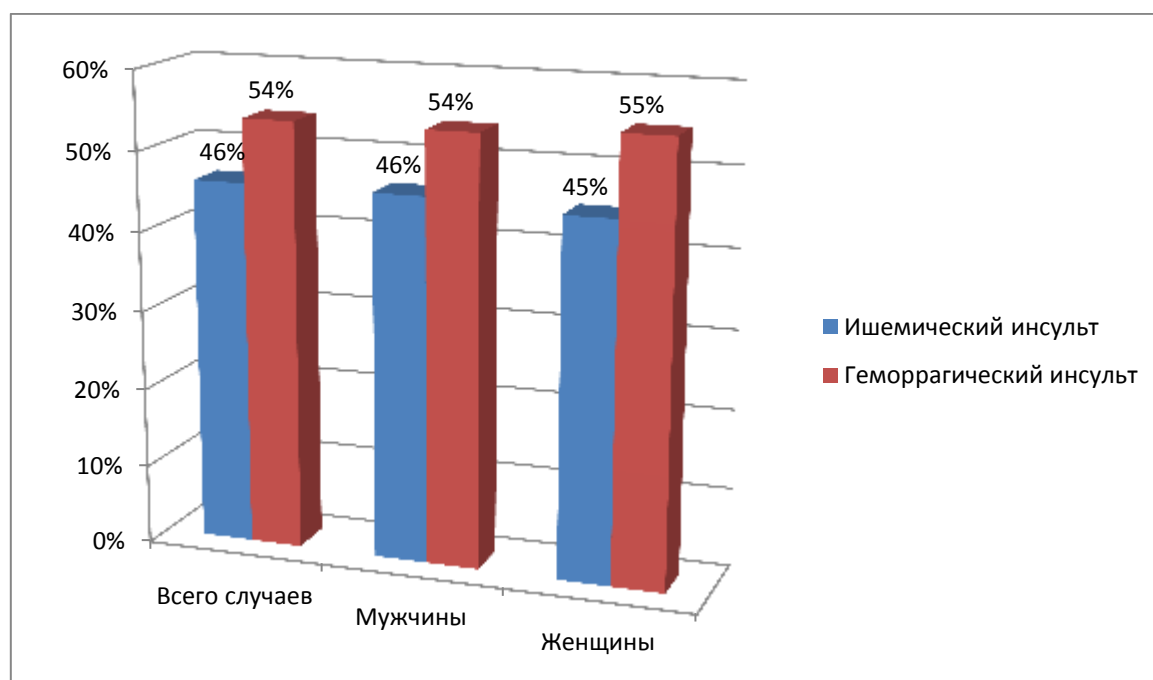


Рис. 1 Гистограмма распределения случаев геморрагического и ишемического инсульта

Геморрагический инсульт у 53 пациентов определялся как субарахноидальное кровоизлияние в 42% (22 пациента) и внутричерепное кровоизлияние – 58% (31 пациент). Основными причинами геморрагического инсульта явились артериальная гипертензия, разрыв мешотчатых аневризм.



Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий, преобладал среди ишемических инсультов (рис.2)



Рис.2 Гистограмма долевого распределения причинам геморрагического инсульта
С повторным ишемическим инсультом поступили 7 пациентов в возрасте до 45.

Число умерших составило 22 человека - 22,5% (14,3% мужчин, 8,2% женщин), среди умерших преобладали пациенты с геморрагическим инсультом.

Многие общеизвестные факторы риска развития ОНМК имеют определенную возрастную специфику. Так артериальная гипертензия (АГ) явилась причиной инсульта в 38% случаев, характерной особенностью АГ явилось бессимптомное течение вплоть до развития инсульта, атеросклероз (в том числе и в сочетании с АГ) – в 16%, сосудистые аномалии – в 11%, системные заболевания - в 15% . В большинстве случаев факторами риска развития инсульта в молодом возрасте явились злоупотребление алкоголем (19%), курение (32%) , выраженная гиподинамия (профессионально обусловленная), длительное использование гормональных контрацептивов (6%), эмоциональные перегрузки, стрессы. Причем, гипокинезия, злоупотребление алкоголем, профессиональные стрессорные факторы в большей степени преобладали у мужчин, курение и эмоциональная неустойчивость встречались в равной степени у пациентов обоих полов.

Выводы. Доля случаев пациентов с геморрагическим инсультом в возрастной группе до 45 лет преобладала над ишемическим инсультом. В структуре ишемического инсульта преобладающими явились атеротромботические инсульты. Для уменьшения развития сосудистых катастроф у лиц молодого трудоспособного возраста целесообразна



своевременная профилактика, ранняя диагностика и адекватная терапия артериальной гипертензии, пропаганда здорового образа жизни, отказ от курения и алкоголя, занятие физической культурой.

Литература

1. Гусев Е.И. Неврология. Национальное руководство / Е.И.Гусев, А.Н.Коновалов, В.И.Скворцова. –Москва.- 2015. - С.592-637.
2. Сумин С.А. Неотложные состояния/ С.А. Сумин.- Москва.- 2006.- С.364-405.
3. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А. Принципы диагностики и лечения больных с ОНМК / Н.В.Верещагин, З.А.Суслина, М.А.Пирадов. – Москва.- 2000.- С.2-16.
4. Измайлов И.А. Этиология, патогенез, клиническая диагностика, дифференциальная диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения / И.А.Измайлов.-РМЖ.-2003.- №10.- С.571- 577.
5. Кадыков А.С. Особенности нарушений мозгового кровообращения в молодом возрасте / А.С.Кадыков, Н.В. Шахпаронова.- РМЖ.-2006. -№4.- С.254-258
6. Статистика инсульта // Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова. Санкт-Петербург//szgmu.ru

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ТОЧНОСТИ ДВИЖЕНИЙ: ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Шустова А.В.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

В статье рассмотрено понятие точности движения и его место в категориальном пространстве. Полученные данные анализа отечественных информационных ресурсов, позволили выделить исследования, целью которых явилось изучение точности движений в определенных возрастных группах.

Ключевые слова: точность движений, онтогенез, сенситивные периоды.

A STUDY OF PRECISION MOVEMENTS: ONTOGENETIC ASPECT

Shustova A.V.



In the article the concept of precision motion and its place in a categorical space. The data obtained of the analysis of domestic information resources, has allowed to identify the research, the purpose of which was to investigate the accuracy of movements in certain age groups.

Key words: precision of movement, ontogeny, sensitive periods.

История исследования движений и действий, в частности, точности движений реализуется в рамках физиологической науки. В последнее десятилетие интерес к исследованию точности движений, во-первых, имеет возрастающий характер, во-вторых, приобретает трансдисциплинарный подход. По данным анализа информационного пространства в качестве ведущих дисциплинарных направлений по изучению точности движений можно выделить: физическую культуру и спорт, биологию, педагогику и психологию, кибернетику.

Особую значимость представляет изучение точности движений с онтогенетической позиции с определением сенситивных периодов в формировании точности движений. Для рассмотрения понятия точности движений в онтогенетическом аспекте необходимо определение позиции понятия в категориальном пространстве.

Качественный анализ исследований точности движений позволил выделить несколько теоретических позиций: категория точности движений рассматривается как функциональная двигательная возможность и показатель, как способность, как характеристика.

Как двигательная способность «точность движений» определяется развитыми способностями к точному восприятию движений, которое, в свою очередь, зависит от способности к дифференцированию параметров, оценки движений и от качества представления движений, и также определяется способностями к точному исполнению движений, которые соответствуют точности дифференцирования параметров, точности дозирования параметров, координации движений, точности воспроизведения движений [2].

Двигательная точность как функциональная двигательная возможность проявляется в виде соответствия выполнения движений в соответствии с нужными параметрами [2].

Точность движений как характеристика точность движений - это интегральная характеристика, отражающая степень соответствия процесса координации усилий в пространстве и во времени особенностям двигательной задачи и условиям ее решения [4].



Общей характеристикой точности движений как для функциональной двигательной возможности, способности и характеристики является пространственно-временная принадлежность.

Поиск возрастных периодов онтогенеза, наиболее благоприятных для развития точности движений при метании в цель, осуществили А. Г. Карпеев, Э. Э. Мартын, В. А. Федосов. В результате исследований было выявлено, что точность метания теннисного мяча в цель повышается у девочек от 7 до 13 лет, а затем снижается [3].

Полученные авторами результаты подтверждаются в исследованиях В.К.Бальсевича, им было установлено, что точность движений, определяемая путем активного воспроизведения заданных угловых смещений руки (от 40 до 50°), наиболее заметно увеличивается от 7 до 10 лет. От 10 до 12 лет точность изменяется менее значительно. В дальнейшем повышения точности не отмечается. Точность малых угловых смещений руки (10°) увеличивается в течение более длительного срока, а именно до 13 – 14 лет. При этом большие углы оцениваются более точно (как правило, даже недооцениваются), чем средние и малые (они обычно переоцениваются). Не обнаружено существенных различий в точности воспроизведения движений в пределах 30 – 60°[1].

В настоящее время исследование точности движений в онтогенезе не теряет актуальности. Полученные данные анализа отечественных (elibrary.RU) информационных ресурсов, позволили выделить исследования, целью которых явилось изучение точности движений в одной из возрастных групп (Рис. 1)

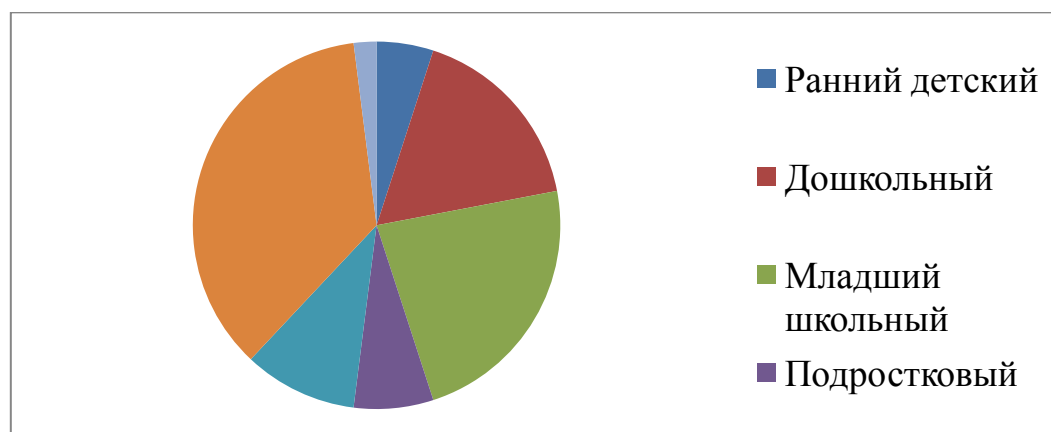


Рис.1. Диаграмма количества исследований точности движений в разных возрастных группах

Основная доля исследований посвящена изучению точности движений в группе взрослых мужчин и женщин (25-60 лет в соответствии с возрастной классификацией ВОЗ). В то время как исследования точности движений в раннем детстве и пожилом возрасте составляют наименьшую часть среди общего количества работ. Достаточное количество работ посвящено



исследованиям дошкольного и младшего школьного возраста и реализуется в рамках педагогической и психологической наук, физиологии и психофизиологии, спорта, биомеханики.

Таким образом, нами был проведен анализ исследований, который позволил определить, что младший школьный возраст является наиболее благоприятным для формирования точности движений, а точность малых угловых смещений рук формируется до конца подросткового возраста. Также выявлено, что наибольшее количество работ в исследовательском пространстве посвящены проблеме точности движений в период взрослости.

Список литературы

1. Бальсевич, В.К. Онтокинезиология человека / В.К. Бальсевич. – М.: Теория и практика физической культуры, 2000. - 274 с.
2. Гончаров В. И. Содержание понятия «Точность движений» / В.И. Гончаров // Ученые записки университета Лесгафта. - 2012. - №6 (88). - С.21-27.
3. Карпеев А.Г. Двигательная координация человека в спортивных упражнениях баллистического типа / А.Г. Карпеев. – Омск: СибГАФК, 1998. - 322 с.
4. Лукьяненко В.П. Точность движений: проблемные аспекты теории и их прикладное значение / В.П. Лукьяненко // Теория и практика физической культуры. - 1991. - № 4. - С.2-9.
5. Научная электронная библиотека Elibrary.RU - [Электронный ресурс]. URL: <https://elibrary.ru/defaultx.asp> (Дата обращения: 21.10.2017).

TURQUOISE ORGANIZATIONS - THE HEALTH OF THE ORGANIZATION (RECRUITMENT)

Lee West¹, Kuznetsova A.A.²

¹West construction services.London, UK

²Kursk state medical University, Kursk, Russia

The article presents an analysis of the main principles of the new organization format - turquoise organizations, as healthy perspective organizations. The main requirements for a potential employee are presented.

Keywords: turquoise organizations, stages of development of organizations, principles of turquoise organizations, healthy organizations, recruitment



БИРЮЗОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ – ЗДОРОВЬЕ ОРГАНИЗАЦИИ (ПОДБОР ПЕРСОНАЛА)

Lee West, Кузнецова А.А.

В статье представлен анализ основных принципов нового формата организации - бирюзовых организаций, как здоровых организаций будущего. Представлены основные требования к потенциальному сотруднику.

Ключевые слова: бирюзовые организации, стадии развития организаций, принципы бирюзовых организаций, здоровые организации, подбор персонала

Any organization, like any organism, is created for a specific purpose, and it is very important to understand what employees are needed. Based on Porter-Lawler's theory of motivation, first introduced in 1968 by two researchers - Lyman Porter and Edward Lawler, employees want more interesting challenges and opportunities for development than a tangible social package or material benefits. The usual management schemes often do not work and companies are looking for new ways for grow up. The world is changing and much attention is paid to finding ways to build unique, healthy organizations. The book of Frederick Lalou "Discovering the future organizations" is about turquoise organizations, where a solution to these problems is found.

The goal was to describe the basic principles of the new format of the organization, the basic requirements for the potential employee.

In 1966, an American psychology doctor, Claire Graves, published a theory of spiral dynamics. According to it, a person in his development ascends the "ladder". To each step, Claire Graves appropriated the color. Frederic Lalou, a former partner of McKinsey & Co, an MBA, explored examples of outstanding contemporary organizations for three years and singled out several paradigms for managing organizations and appropriated color (red, orange, green, etc.) for each [1]. In 2014, Frederic Lalo "painted" existing companies. He found successful organizations with striking financial results and growth rates, in which employees are given greater freedom in decision-making, and named such companies as turquoise, or companies of the future. He singled out the seven stages through which organizations all over the world passed. The last five exist till now: red, amber, orange, green and turquoise [2].

Don Edward Beck, Christopher C. Cowan described in detail the essence of spiral dynamics in the management of leadership and organizations. Infrared, stage. One hundred thousand years ago, people lived in small groups of several dozen people. Within the group there was no division of duties and hierarchy - everyone



was engaged in gathering. The leader was not needed. It is Magical, or purple, stage. Fifteen thousand years ago, people moved from tiny family groups to tribes to hundreds of people in each. Everything that happened around, people attributed to the magical powers. The shamans had some degree of power, but the organization at this stage was not yet. The most conservative of existing systems - the "red" - is based on one leader, who dictates the rules of the game. Employees of the amber organization strictly follow the orders without asking any unnecessary questions. In spite of conservatism of amber companies, planning and stable organizational structures arose in them. From the "orange" point of view, everyone has the right to achieve any goals. The company's goal is profit. Green organizations have attentive to feelings and respecting different points of view. People are striving for justice, equality, harmony, good-neighborliness and consensus. For green organizations, personal relationships within a group are more important than profit or result, and the benefits to the planet and to humanity are more important than personal benefits. Green companies were claiming the place of the company of the future, but failed – in their pure form, such organizations can't exist. Personal relationships within the team have become higher than the company's goals - to defeat competitors. It was the way of appearing turquoise organizations [1]. Synthesis of "green" and "orange" strategies – evolved to the "turquoise" organizations. The first turquoise organizations appeared 30 years ago, when people were tired of the total control of leadership and internal competition. Now there are more such companies. There are organizations where employees want to be effective and are not afraid to make mistakes, are focused on success, responsibility, self-realization.

Among the principles of such organizations, researchers of this problem point to the joint work of the head and staff as a mentor, instead of planning and budgeting, turquoise teams practice internal counseling, in which the entire team takes part, the training of personnel for the organization, creation of comfortable working conditions, employees depending on their responsibilities, self-improvement, initiative, creativity, support each other within the company for the overall goal of the organization. Innovations are actively introduced into all elements of management and interaction of company employees [1].

Focusing on the highlighted principles of the turquoise organizations (open and clear values, decentralization of management, trust instead of control, openness of information, individual responsibilities, developed feedback mechanisms, freedom of self-organization, self-development and innovation), we will try to describe the portrait of a potential employee of such an organization.

Let's highlight the main three components: cognitive, affective, behavioral. In the cognitive component, it is necessary to evaluate the intellect through the completeness of understanding the meaning of the expressions, the ability to judge, the understanding of social norms, the concentration of attention, the ease of



operating with numerical material, the ability to form concepts, classify, order, abstract, compare, especially visual perception, the ability to synthesize the whole from parts. It is also important to assess the level of social intelligence, the ability to understand and predict the behavior of people in different everyday situations, to recognize the intentions, feelings and emotional states of a person through non-verbal and verbal expression. The level of post-independence is the ability to resist the influence of conflicting background features when perceiving visual forms and connections, the ability to perceive the whole, isolate the information from the context. Creativity is the ability to think creatively.

In the affective component, it is necessary to define the internal locus of control - this is a characteristic of the strong-willed sphere of a person, which reflects his tendency to attribute responsibility for the results of his activity to his own abilities and efforts. The level of vitality, allow a person to withstand and effectively overcome stressful situations. In the behavioral component, the level of self-regulation, of its individual profile, the development of the regulatory and personal characteristics of the personality is important. And one of the most important qualities of an employee of a turquoise organization, in our opinion, is learning ability, ability and motivation to learn.

Thus, turquoise organizations are a new stage of business development that takes into account the interests of all employees.

References

1. Don Edward Beck, Christopher C. Cowan Spiral Dynamics / mastering values, leadership, and change.-2010, -Blackwell Publishing.-pp.416
2. Frederic Laloux Reinventing Organizations.-2014, -Nelson Parker.-pp. 432



НАШИ ПАРТНЕРЫ

Коллекция 

Гуманитарных

Исследований

Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал

The Collection of Humanitarian Studies. Electronic scientific journal

Периодичность выпуска журнала - 6 номеров в год.

Журнал является сетевым электронным научным изданием.

Издатель:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

E-mail: kurskmed@mail.ru

<http://www.kurskmed.com/>

Электронный научный журнал "Коллекция гуманитарных исследований"

официально зарегистрирован как электронное издание

(свидетельство о регистрации ЭЛ No ФС 77-65806) Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

**КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА КГМУ**

+7(4712)50-00-96

Комплексные стоматологические услуги.

От профилактической гигиены до имплантации. Работаем в системе ОМС.



МЕДИКОНТА

Informational Technologies



cotekc