

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



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 II / 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:

Microsoft Windows 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

ЧАСТЬ II

<u>Акимов А.Г.</u>	8
Особенности совладающего поведения больных соматоформными расстройствами	
<u>Алейник А.Г.</u>	14
Особенности экспресс-диагностики когнитивного дефицита	
<u>Александрова А. М.</u>	17
Взаимовлияние бесплодия и социо-психологических проблем	
<u>Барков С.С.</u>	22
Современные представления отечественных и зарубежных ученых о процессе реконсолидации памяти	
<u>Благов И.А.</u>	26
Особенности копинг-стратегий и юмора как ресурса устойчивости к профессиональному выгоранию у педагогов специальных коррекционных образовательных учреждений	
<u>Блинова К.В.</u>	31
Нейропсихологические проявления гностической деятельности у младших школьников с умственной отсталостью легкой степени: клинический случай	
<u>Боженова С.С., Боженова Т.Ю.</u>	34
Взаимоотношения в замещающей семье как фактор развития личности ребенка	
<u>Боровлева Т.Е.</u>	42
К проблеме коморбидности панического расстройства и агарофобии	
<u>Важенина П.В.</u>	45
Клинический случай: нейропсихологическая диагностика больного с синдромом отмены алкоголя	
<u>Воротынцева Д.А.</u>	48
Особенности нейропсихологического статуса младшего школьника с нейросенсорной тугоухостью 2-3 степени (анализ клинического случая)	
<u>Григоренко К.Э.</u>	52
Личностные особенности больных коморбидными паническими расстройствами и алкогольной зависимостью	
<u>Данилина В.О., Щукина Я.В.</u>	56
Особенности пространственного гнозиса у подростков с умственной отсталостью	
<u>Емельянова А.С.</u>	60



Проблема психолого-педагогической адаптации детей младшего школьного возраста	
<u>Захарова В.А.</u>	65
Особенности психологической готовности к материнству у беременных женщин с различным семейным статусом	
<u>Звягинцева О.И., Куровская С.А.</u>	68
Образ врача от прошлого в современность глазами студентов	
<u>Зубкова Д.В.</u>	72
Особенности взаимосвязей индивидуальных ресурсов и функциональных состояний студентов медицинского вуза	
<u>Зубкова К.В.</u>	77
Особенности эмоциональной регуляции при алкогольной зависимости	
<u>Ермоленко П.И.</u>	83
Роль компьютерных игр и формирование зависимости человека от компьютера	
<u>Иванова Л.Р.</u>	88
Особенности межполушарной асимметрии в младенческом возрасте. клинический случай	
<u>Иващенко К.А.</u>	91
Особенности нейропсихологического статуса подростка с ранним детским аутизмом	
<u>Кабатина Е.И.</u>	95
Нейропсихологическая реабилитация детей с сенсорной алалией	
<u>Катунина А.Н.</u>	101
Особенности когнитивных функций у больных алкоголизмом с разной длительностью заболевания	
<u>Кольцова А.А.</u>	104
Качество жизни и эмоциональная сфера больных коморбидными паническим расстройством и алкогольной зависимостью	
<u>Конева О.В.</u>	108
Детско-родительские отношения у детей младшего школьного возраста и их влияние на развитие страхов	
<u>Константинова Ю.О.</u>	112
Алекситимия как фактор нарушения пищевого поведения: анализ клинического случая	
<u>Король К.А.</u>	119
Качество жизни в процессе проведения реабилитационных мероприятий у больных шизофренией	
<u>Корсунова Е.Д.</u>	123
Клинический случай: нейропсихологическое исследование ребёнка с	



нарушением свойств внимания

[Краснов В.С., Коробкин Н.Э.](#) 126

Сравнительный анализ технических и функциональных характеристик айтрекеров

[Лебедев И.Ю.](#) 132

Успеваемость студентов медицинского колледжа с разными видами мотивации и статусами профессиональной идентичности

[Лобурец В.А.](#) 136

Особенности семейных отношений у детей младшего школьного возраста, страдающих аллергической бронхиальной астмой

[Лысенко А.И.](#) 140

Личностные особенности женщин с нарушением репродуктивной функции

[Маринина О.Н.](#) 146

Причинность в синергетике как основа восприятия психологом психического здоровья или болезни у клиента

[Михайлова В.В.](#) 151

Особенности тактильного восприятия у младших подростков с умственным недоразвитием

[Никитина А.Л.](#) 156

Диагностика нарушения глотания у людей с очаговыми поражениями головного мозга

[Овчинникова В.А.](#) 160

Особенности переживания беременности женщинами в условиях осложненного протекания

[Панферова Я.В.](#) 162

Особенности деструктивных установок и стрессоустойчивости в межличностных отношениях врачей скорой помощи

[Похомова Е.В.](#) 166

особенности медикаментозного комплаенса у больных шизофренией

[Прокофьева А.А.](#) 169

Влияние цвета на саморегуляцию людей

[Протопопова М.А.](#) 175

Субъективный локус контроля как психологическая детерминанта профессионального выгорания у специалистов «субъект-субъектных» профессий

[Рахманова К.А.](#) 180

Проблема жизнеспособности больных кардиологического профиля



<u>Рыжкова А.Г.</u>	185
Особенности динамической организации двигательного акта у умственно отсталых детей младшего школьного возраста	
<u>Рябыкина А.И.</u>	191
Исследование структурной организации схемы тела у ребенка младшего школьного возраста с нарушением зрительного анализатора по типу тотальной слепоты: клинический случай	
<u>Савостиков В.А.</u>	194
Изменения биоэлектрической активности головного мозга при различных сенсорных стимулах	
<u>Савостикова Е.Н.</u>	197
Особенности альфа-ритма при формировании амбидекстрии у леворуких детей младшего школьного возраста	
<u>Сайфуллина Н.А.</u>	203
Изучение коммуникативных характеристик прогностической компетентности лиц с речевой патологией	
<u>Свинторжицкая З.В.</u>	207
Роль личностных факторов при алкогольной анозогнозии	
<u>Сивик О.А.</u>	211
Особенности слухоречевых функций у детей младшего школьного возраста с диагнозом «закрытая черепно-мозговая травма». Клинический случай	
<u>Сирош Д.С.</u>	215
Отношение к здоровью как детерминанта ресурсного потенциала студентов медицинского вуза	
<u>Смазнова Ю.И.</u>	218
Нейропсихологическое исследование моторной асимметрии мозга у детей, депривированных по слуху	
<u>Соколова К.Р.</u>	221
Клинический случай: нейропсихологическая диагностика больного с синдромом отмены алкоголя	
<u>Суркова А.А.</u>	224
Особенности субъективного восприятия времени при нарушении когнитивных процессов в младшем школьном возрасте	
<u>Тимофеев М.Е.</u>	229
Нейропсихологический статус у больных с геморрагическим инсультом: клинический случай	
<u>Тиханина А.Н.</u>	235
Специфика проявлений патопсихологического симптомокомплекса у	



больных с длительным течением шизофрении	
<u>Тищенко Н.А.</u>	238
Особенности взаимосвязи эмоциональной сферы и ранней привязанности к матери дошкольников с нарушениями речевого развития	
<u>Толкачева Л.В.</u>	241
Особенности рефлексивно-смысловой регуляции состояния фрустрации у женщин с онкологическим заболеванием гинекологического профиля	
<u>Троицкая А.В.</u>	244
Факторы дезадаптации у женщин в ситуации привычного невынашивания беременности	
<u>Трунова Ж.К.</u>	250
Состояние аффективной сферы школьников, склонных к отклоняющемуся поведению	
<u>Фейзиева С.Ф.</u>	253
Проблемы целеполагания в юношеском возрасте как фактор нарушения психического здоровья	
<u>Чистюхина Е.Г.</u>	257
Особенности когнитивной и эмоциональной сферы у больного с токсико-сосудистой энцефалопатией	
<u>Чуйкова А.С.</u>	263
Особенности семейных взаимоотношений в супружеской паре с психологическим бесплодием	
<u>Шашурина М.В.</u>	267
Индивидуально-личностные особенности женщин с разным характером родовой деятельности	
<u>Шкуркова А.С.</u>	269
Особенности акцентуаций характера студентов вуза	
<u>Щербанева Т.А.</u>	273
Акцентуации характера у подростков с аддиктивным поведением	
<u>Юрийчук О.А., Сибилева А.А.</u>	277
Сравнение основных сфер применения метода биологической обратной связи в России и Украине	



ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Акимов А.Г.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Курск, Россия

**Научный руководитель: к.п.н., доцент кафедры общей и
клинической психологии Смирнов Н.В.**

В статье представлены результаты исследования совладающего поведения больных соматоформными расстройствами. В исследовании приняли участие 24 женщины, имеющие верифицируемый диагноз соматоформных расстройств, которые составили экспериментальную группу, и 24 здоровые женщины, которые составили контрольную группу. В исследовании применялись: Способы совладающего поведения (ССП, Lazarus, Folkman, 1984; Вассерман и соавт., 2009); Опросник «Проактивного совладающего поведения» (копинга) (англ. Proactive Coping Inventory, сокр. PCI); Шкала Удовлетворенности жизнью (SWLS, Diener et al., 1985; Осин, Леонтьев, 2008); тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у людей с соматоформными расстройствами прослеживается недостаточное применение функциональных способов совладания, неспособность правильно реагировать и справляться с ситуациями психологического стресса. Это способствует развитию психопатологических нарушений даже при невысоком уровне стрессовой нагрузки.

Ключевые слова: соматоформные расстройства; совладающее поведение; совладание; копинг-стратегии; стресс; адаптация; дезадаптация; жизнестойкость.

PECULIARITIES OF CONDUCTING BEHAVIOR OF PATIENTS WITH SOMATOFORM DISORDERS

Akimov A.G.

The article presents the results of the study of the coping behavior of patients with somatoform disorders. The study involved 24 women with a verifiable diagnosis of somatoformic disorders, which made up the experimental group, and 24 healthy women who made up a control group. The study used: Methods of coping behavior; The "Proactive Coping Inventory"; The Scale of Satisfaction with Life; test of viability Leontief. The obtained results show that in people with somatoform



disorders there is a lack of application of functional methods of coping, inability to properly respond and cope with situations of psychological stress. This contributes to the development of psychopathological disorders even at a low level of stress load.

Keywords: somatoform disorders; coping behavior; coping; coping strategies; stress; adaptation; disadaptation; resilience.

Во время высоких темпов развития информационных технологий, возрастания психической нагрузки и увеличения количества стрессовых ситуаций проблема совладания со стрессом и адаптации становится всё более актуальной. При таком высоком ритме жизни, современный человек ежедневно сталкивается с целым рядом стрессогенных ситуаций. В связи с этим значительно возрастает нагрузка на механизмы, позволяющие преодолевать такого рода ситуации, быть готовым к их возникновению и уметь снимать психическое напряжение, возникающее в результате воздействия различных стрессоров.

Роль неблагоприятных, психотравмирующих ситуаций, а также возможных способов реагирования на них, в формировании и развитии психологической патологии личности вплоть до невротических и психосоматических расстройств изучалась различными авторами (Р. Лазарус, А. Митчерлих, В.Н. Мясищев, З. Фрейд и др.) [6,10].

Соматоформные расстройства (СФР) – это патологические состояния, объединяющим фактором которых является наличие стойких симптомов телесного неблагополучия при отсутствии объективных органических причин. К отличительным особенностям СФР относятся непсихотический регистр нарушений, разнообразные соматические жалобы и многократные повторные обращения за врачебной помощью, что определяет место данной патологии на стыке психиатрической и общемедицинской практики. Многочисленные обращения данной группы пациентов в медицинские учреждения приводят к высокой дополнительной нагрузке на медицинский персонал. Что в результате приводит, с одной стороны, к нерациональному использованию врачебных ресурсов, а с другой, пациенты не получают необходимой им адекватной фармакотерапии или психотерапевтической помощи [12].

На данный момент больные соматоформными расстройствами, по данным ВОЗ, составляют до 25% всей общесоматической сети, поглощая около 20% всех средств, расходуемых на здравоохранение [7,11].

Следует отметить, что в последние десятилетия заметно усиливается тенденция к соматизации многих форм неврозов с возникновением сложных вегетативно-висцеральных расстройств и затяжным маскированным течением заболевания [8,9,14]. Стертость клинической картины психопатологических проявлений болезни и развитие все большего сходства невротических



симптомов и симптомов соматической патологии формируют все большие дифференциально-диагностические и терапевтические трудности [1,9,13,14].

В соответствии с имеющимися исследовательскими данными, в развитие соматоформных расстройств вносят вклад различные факторы: генетические, перинатальные, средовые, стрессовые, личностные. Наличие высокоинтенсивных психосоциальных стрессоров значительно повышает вероятность возникновения и развития СФР [4]. Другим немаловажным фактором, способствующим развитию функциональных соматических симптомов, являются преморбидные особенности личности или наличие личностных аномалий, так как пациенты, страдающие СФР, нередко обнаруживают признаки расстройств личности [2,5]. Когнитивные особенности, а также способы совладания со стрессовыми ситуациями играют важную роль в адаптации (или, напротив, дезадаптации) больного и должны учитываться при разработке психотерапевтических стратегий и подходов [3].

Под совладающим поведением понимается поведение, позволяющее субъекту при помощи осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справляться со стрессом или трудной жизненной ситуацией. Данное сознательное поведение направлено на непосредственное активное взаимодействие с ситуацией, а именно изменение ситуации (поддающейся контролю) или адекватное приспособление к ней (если ситуация не поддается контролю). Если субъект не владеет таким видом поведения, возможны негативные последствия влияния неблагоприятной ситуации для его продуктивности, здоровья и благополучия.

Актуальность исследования механизмов совладающего со стрессом поведения у лиц с соматоформными расстройствами определяется значительной распространенностью данной категории нарушений, их преимущественно психогенным характером. Изучаемый нами феномен приспособительного поведения как занимает важнейшую позицию в отношении факторов возникновения соматоформных расстройств, так и оказывает влияние на развитие и течение заболевания, это обуславливает необходимость проведения целенаправленных психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

Цель исследования – выявить специфические особенности феномена совладающего поведения у больных соматоформными расстройствами.

В исследовании приняли участие 24 женщины, имеющие верифицируемый диагноз соматоформных расстройств в возрасте от 35 до 50 лет (средний возраст 41 год), которые составили экспериментальную группу, и 24 здоровые женщины в возрасте от 34 до 48 лет (средний возраст 39 лет), которые составили контрольную группу.



Все испытуемые дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В исследовании применялись: Способы совладающего поведения (ССП, Lasarus, Folkman, 1984; Вассерман и соавт., 2009); Опросник «Проактивного совладающего поведения» (копинга) (англ. Proactive Coping Inventory, сокр. PCI); Шкала Удовлетворенности жизнью (SWLS, Dieneretal., 1985; Осин, Леонтьев, 2008); тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева.

Для статистического анализа нами был выбран непараметрический критерий для двух несвязанных (независимых) выборок U Манна-Уитни.

Было установлено, что у данного контингента больных преобладает стратегия поиска социальной поддержки. По-видимому, пациенты оценивают свои личностные ресурсы как недостаточные, имеют тенденцию к переживанию чувства беспомощности и несостоятельности, что определяет повышенную потребность в поддержке со стороны окружающих.

В стрессовых ситуациях больных с соматоформными расстройствами также склонны использовать стратегию принятия ответственности и планирования решения проблемы. Следует, однако, подчеркнуть, что применение данных стратегий часто проявляется у больных повышенной склонностью к самоанализу и неконструктивному самообвинению, стремлением к планомерному разрешению проблемы при неспособности предпринять реальные действия в данном направлении. О недостаточной активности пациентов с точки зрения реализации планов по изменению проблемной ситуацию свидетельствуют данные, согласно которым наиболее редко используемой стратегией является конфронтация, предполагающая попытки активного совладания с проблемной ситуацией.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в поведении больных соматоформными расстройствами преобладает совладающее поведение, направленное преимущественно на снижение эмоционального дискомфорта, а не разрешение проблемной ситуации.

Также нами были обнаружены статистически значимые различия на достоверном уровне статистической значимости по шкалам стратегического планирования, поиска эмоциональной поддержки и проактивного преодоления. Эти данные свидетельствуют о том, что больные более ориентированы на регуляцию эмоционального дистресса путем разделения чувств с другими, поиска сочувствия и общения с людьми из непосредственного социального окружения человека. Однако ориентированность на процесс создания четко продуманного плана действий, а также постановке и достижению своих целей в меньшей степени выражен у больных с соматоформными расстройствами в сравнении с здоровыми испытуемыми. Соответственно, можно сделать вывод, что больные в большей степени сфокусированы на эмоциональной поддержке и



внешних социальных факторах, чем на внутреннюю проработку индивидуальной стратегии борьбы со стрессом.

Различия на уровне статистической тенденции по шкале рефлексивного преодоления могут свидетельствовать о том, что больные не направлены на прогноз вероятного исхода деятельности и выбор способов ее выполнения.

Мы наблюдаем статистически значимую связь на достоверном уровне, что позволяет нам утверждать о существенных различиях в удовлетворённости жизнью контрольной и экспериментальной группы. Необходимо отметить специфику соматоформных заболеваний в том, что они имеют под собой невротическую основу, что является фактором или преморбидом неудовлетворенности жизнью.

Нами были получены статистически значимые различия на высоком уровне как по общему уровню жизнестойкости, так и по всем трём её отдельным компонентам. 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.

Таким образом, если говорить о способах совладания со стрессом, у людей с соматоформными расстройствами прослеживается недостаточное применение функциональных способов совладания, неспособность правильно реагировать и справляться с ситуациями психологического стресса. Это способствуют развитию психопатологических нарушений даже при невысоком уровне стрессовой нагрузки.

Литература

1. Абабков В.А. Особенности современного патоморфоза неврозов и его значение для развития интегративного подхода в психотерапии /В.А. Абабков // Интегративные аспекты современной психотерапии. – СПб: Изд. инст. им. В.М. Бехтерева, 1992. – С. 81-85.
2. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии /В.А. Абабков, М. Перре. – СПб.: Речь, 2004.
3. Абульханова К.А. Психология и сознание личности (Проблемы методологии, теории и исследования реальной личности): Избранные психологические труды /К.А. Абульханова. –М.-Воронеж: Изд-во НПО «Модэк», 1999.



4. Александров Ю.И. Введение в системную, психофизиологию /Психология XXI-го века: учебник для вузов. Под ред. В.Н. Дружинина. – М.: ПЕР-СЭ, 2003. С. 39-85.
5. Анцыферова Л.И. Условия деформаций развития личности /Психология личности: новые исследования. Под ред. К. А. Абульхановой, А.В. Брушлинского, М.И. Володиной. М.: Изд-во Института психологии РАН, 1998. – С. 38-66.
6. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса. Ч.2, 3. Процессы и ресурсы преодоления стресса / В.А. Бодров // Психологический журнал. – 2006. – № 2, 3.
7. Иванов С.В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапии. Дисс.... д-ра мед.наук.– М., 2002.
8. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия // Питер, 2002.– 1019 с.
9. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение.– М., 1994.
10. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза /В.Д. Менделевич // Психологический журнал. – 1996. – № 4. –С. 107-115.
11. Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия /Ю.В. Попов, В.Д. Вид. – М: Экспертное бюро, 1997. – 402 с.
12. Прибытков А.А. Структура личности и механизмы психологической защиты при соматоформных расстройствах / А.А. Прибытков, И.О. Юркова, Ю.Б. Баженова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – №2 – С.31-35.
13. Рюмин А.В. Имаготерапия больных с соматизированными невротическими расстройствами в амбулаторных условиях: автореф. дис... к.м.н. – СПб., 1994.
14. Смулевич А.Б. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели /А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, А.О. Фильц, И.В. Морковкина / В кн.: Ипохондрия и соматоформные расстройства (под ред. А-Б. Смулевича). М., 1992. – С. 8-17.



ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА

Алейник А.Г.

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

**Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры психиатрии и
психосоматики Богушевская Ю.В.**

В статье представлены результаты анализа проявлений когнитивного дефицита у первичных больных, поступивших на лечение в дневной стационар. Были исследованы социально-демографические показатели пациентов, проведен анализ результатов, изученных полученных тестами SAGE и MMSE. Полученные данные необходимо учитывать в процессе диагностики когнитивных расстройств у больных с психоорганическим синдромом.

Ключевые слова: когнитивный дефицит, психоорганический синдром, диагностика, лечение.

COGNITIVE DEFICIENCY IN PRIMARY PATIENTS WITH PSYCHO-ORGANIC SYNDROME

Aleynik A.G.

The article presents some results of the analysis of manifestations of cognitive deficiency in primary patients with psycho-organic syndrome, being treated in a day hospital. The socio-demographic characteristics of patients were studied. The results obtained by SAGE and MMSE tests are analyzed. The obtained data should be taken into account in the process of diagnosis of cognitive deficits in patients with psycho-organic syndrome.

Key words: cognitive deficiency, psychoorganic syndrome, diagnosis of POS.

Распространенность когнитивного дефицита среди населения достаточно высока и является серьезной медико-социальной проблемой [3,4]. Данные расстройства характеризуются хроническим, прогрессирующим течением [1,2], которые приводят к стабильным нарушениям психических функций. Это ведет к формированию устойчивой совокупности симптомов в виде психоорганического синдрома, сопровождающегося изменениями личности, нарушением социализации и часто к инвалидизации больных.



Целью исследования являлся анализ проявлений когнитивного дефицита у больных, впервые поступивших на лечение в дневной стационар ККПБ.

В исследовании приняли участие 20 больных, находящихся на лечении в дневном стационаре ОБУЗ «ККПБ». Для исследования и обработки полученных данных мы использовали следующие методы: клинико-психопатологический, тесты для экспресс-диагностики – шкала SAGE и мини-схема исследования психического состояния (MMSE), статистические методы.

В основную группу вошли 20 пациентов, тестируемые по шкале MMSE, контрольную группу составили 20 больных, которым применяли тест SAGE. Данные методики чаще всего используются для экспресс-диагностики когнитивного дефицита и направлены на выявление умеренных нарушений памяти и мышления, а также ранних симптомов деменции.

Возраст обследуемых распределился от 27 до 72 лет, наибольшее количество пациентов находилось в возрастном диапазоне от 51 до 60 лет, что составляло 45% обследованных. Средний возраст составил 48,2 лет. В исследовании участвовало одинаковое количество женщин и мужчин. Среди больных с психоорганическим синдромом преобладали жители сельской местности. Наибольший удельный вес приходился на лиц со средним специальным образованием (50%), высшее (незаконченное высшее) имели 30% и среднее – 20% опрошенных.

При оценке семейного положения респондентов, обнаружено, что в браке состояли 70%, разведенных 20%, и холостых 10% обследуемых.

Анализ данных трудового статуса больных демонстрирует, что 40% больных на момент госпитализации имели постоянную работу, 30% были временно трудоустроены и 30% имели статус безработных.

Переходя к описанию результатов исследования, следует сосановиться на данных теста MMSE. Согласно им, у первичных больных преобладают преддементные когнитивные нарушения, они наблюдались в 40% случаев. У 20 % больных отмечалась деменция легкой степени выраженности и у 10% деменция умеренной степени выраженности. Тяжелой степени деменции указанный тест не обнаружил.

По результатам теста SAGE превалируют пациенты с выраженными когнитивными нарушениями (60%). У 35% обследованных когнитивных нарушений не зафиксировано и лишь у 5% данной методикой выявляются умеренные когнитивные нарушения.



Таблица 1

Результаты тестирований когнитивных нарушений

Уровень когнитивных нарушений	Основная группа (тест MMSE)		Контрольная группа (тест SAGE)	
	Абс. (n=20)	%	Абс. (n=20)	%
Нарушения когнитивных функций отсутствуют	6	30%	7	35%
Преддементные когнитивные нарушения	8	40%	0	0%
Деменция легкой степени выраженности	4	20%	0	0%
Деменция умеренной степени выраженности	2	10%	1	5%
Тяжелая деменция	0	0%	12	60%

Сравнительный анализ результатов применения предложенных методик (табл.1) показывает, что по тесту SAGE выявляется большой процент тяжелой деменции (60%), в то время как по тесту MMSE тяжелой деменции не выявлено. Деменция легкой степени выраженности и преддементные когнитивные нарушения определяются по тесту MMSE и составляют 20% и 40% соответственно. Деменция умеренной степени выраженности диагностированная методикой SAGE, составляет 5%, а по тесту MMSE – 10%. Отсутствие когнитивных нарушений выявлено по тесту MMSE у 6 пациентов (30%) и методикой SAGE у 7 больных (35%).

Проанализировав социально-демографические показатели обследованных больных можно отметить то, что происходит омоложение контингента больных, у которых наблюдаются начальные и выраженные проявления психоорганического синдрома.

В отношении результатов теста MMSE, интересными представляются данные о том, что у 30% обследуемых когнитивных расстройств не выявлено, что противоречит объективным данным, полученным клинико-психопатологическим методом. Это связано, прежде всего, с особенностями структуры самого опросника, а именно низкой чувствительностью предложенной шкалы MMSE к проявлениям когнитивного дефицита.

Коэффициент корреляции между возрастом и результатами теста SAGE равен -0,42, что свидетельствует о слабой обратной корреляционной связи. Приведенные данные свидетельствуют о слабовыраженной связи и наличии следующей закономерности – чем старше пациент, тем меньше баллов по тесту SAGE у него отмечается.



Можно сделать вывод о том, что показатели шкал значительно разнятся, поэтому результаты тестирования не дают точной оценки степени и выраженности когнитивного дефицита. Полученные предлагаемыми в специальной литературе шкалами данные в обязательном порядке необходимо сопоставлять с результатами клинико-психопатологического и других объективных методов исследования у больных с когнитивными нарушениями.

Литература

1. Пивень Б. Н. Экзогенно-органические психические расстройства и МКБ-10 / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева, В.Б. Голланд // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 1. – С. 34-37.

2. Погосов А.В. Психиатрия, детская психиатрия и наркология/ А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская /Учебно-методический комплекс для студентов педиатрического факультета. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. – 212 с.

2. Саковская, В. Г. Типы и варианты изменения психических процессов у больных с органическими поражениями головного мозга (клинико-патопсихологический и экспертный аспекты):автореф. дис. ... канд. психол. наук / В. Г.Саковская. – СПб., 2009. – 23 с.

3. ТаракановаЕ. А. Возможности социальной адаптации лиц с эндогенно-процессуальными расстройствами в зависимости от варианта самостигматизации / Е.А. Тараканова // Вестник восстановительной медицины. – 2010. – № 1. – С. 17-20.

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ БЕСПЛОДИЯ И СОЦИО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Александрова А.М.

Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.

Н. Ельцина

Научный руководитель: Дорогина Ольга Ивановна

*С полем и любовью связана тайна
разрыва в мире и тайна всякого соединения;
с полем и любовью связана также тайна индивидуальности и бессмертия.
Н. Бердяев*



В работе обобщены результаты исследований взаимовлияния психологических проблем и бесплодия, специфика психологических проблем вызванных мужским и женским бесплодием, социо-психологические проблемы бесплодного брака.

Ключевые слова: бесплодие, нарушение репродуктивной функции, социально-психологические проблемы, личностные проблемы, семья, брак.

THE INTERPLAY BETWEEN FERTILITY AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL PROBLEMS

Aleksandrova A. M.

This article the results of research on the mutual influence of psychological problems and infertility, the specificity of psychological problems caused by male and female infertility, socio-psychological problems of infertile marriage are summarized.

Keywords: infertility, reproductive disorders, socio-psychological problems, personal problems, family, wedlock.

По данным статистики, полученной за 2010 г. число жителей России, страдающих бесплодием, составляет около 4,5-5% от общего числа жителей страны, находящихся в репродуктивном возрасте, что составляет около 3 млн. человек, имеющих те или иные проблемы с зачатием (по Лебедеву С.В.) [1] или 10-20% от всех браков (по Сметник В.П.) [2]. В связи с этим проблема репродукции человека находится в центре внимания не только врачей всего мира, но и психологов. Бесплодие - серьезная проблема, отрицательно влияющая на многие социальные факторы, среди которых разводы, стрессы, снижение производительности труда и в связи с этим значительные экономические потери, вызванные лечением бесплодных супружеских пар.

В связи со всем перечисленным было проведено значительное количество разрозненных исследований, направленных на выявление различных психологических проблем, возникающих у лиц, страдающих бесплодием, а также внутрисемейных проблем бесплодного брака. Другим направлением являются исследования, целью которых являлось выявление влияния психологических проблем на развитие и течение бесплодия.

Целью данной работы является обобщение результатов многочисленных исследований, проведенных в данной области, что позволит сложить комплексное представление о взаимовлиянии бесплодия и различных



психологических проблем, а также о специфике семейных и индивидуальных психологических проблем возникающих вследствие бесплодия.

Как известно, ситуация бесплодного брака всегда имеет свои последствия для обоих партнеров. Кроме того, переживание проблем с зачатием у мужчин и женщин имеет свои особенности. В связи с этим мы рассматриваем отдельно особенности психологических проблем в следующих ситуациях:

1. Женское бесплодие
2. Мужское бесплодие
3. Бесплодный партнер

Женское бесплодие, как правило, сопровождается чувством вины, одиночества и неполноценности. Более чем у половины женщин развиваются расстройства в сексуальной сфере, включающие снижение или отсутствие либидо, редкость или отсутствие оргазма. В некоторых случаях может наблюдаться «синдром ожидания беременности», проявляющийся в изменении эмоционального состояния в дни предшествующей менструации [3]. Ситуация усугубляется в случае длительного неуспешного лечения появлением дополнительных тревог и страхов, «выученной беспомощностью» [4]. Повышается ранимость, неуверенность в себе, тревожность, сенситивность и раздражительность. Отмечается фиксация на негативно окрашенных переживаниях, затруднения в вербализации своих переживаний. Также женское бесплодие может сопровождаться пограничными расстройствами, частота которых у пациенток в программе ЭКО достигает 52%. Преобладающими среди них являются тревожные и соматоформные расстройства, но так же наблюдаются, паническое, генерализованное тревожное и смешанные депрессивно-тревожные и прочие расстройства [5]. Развитие перечисленных последствий не в последнюю очередь зависит от отношений внутри семьи, наличия или отсутствия поддержки со стороны близких.

Мужское бесплодие и, в особенности, его психологические аспекты менее освещены в научной литературы, чем вопрос женского бесплодия. Имеющиеся по данной теме источники утверждают, что мужскому бесплодию зачастую сопутствует умеренный или высокий уровень тревоги, по-видимому, связанный со стрессовым характером лечения и диагностики. Также у мужчин наблюдается низкий уровень депрессии или её отсутствие. Однако вместе с тем отмечаются нарушения сна, потеря аппетита, раздражительность, агрессивность, астенические расстройства, обеспокоенность будущим и чувство вины, проявляется подавленность и трудности в спонтанном самовыражении. Специфическим моментом мужского бесплодия является чувство утраты смысла жизни, утраты мужественности, ассоциируемой с возможностью зачать ребёнка [6]. Также как и в случае женского бесплодия,



значительную роль играют доверительные отношения внутри семьи, возможность получения поддержки от супруги.

Реакция на бесплодие партнера, независимо от качества отношений, обычно определяется фрустрацией потребности продолжения рода и связанными с ними личными переживаниями. Кроме того диагностические процедуры и длительное, безуспешное лечение значительно повышают уровень стресса каждого из партнеров [7]. В свою очередь, рост психологического напряжения ведет к таким социально-психологическим проблемам как снижение активности и работоспособности, потеря интереса к происходящим событиям и даже антисоциальному поведению. И кроме того высокий уровень стресса в бесплодном браке зачастую приводит к сексуальным расстройствам, различным нарушениям психоэмоциональной сферы, усугублению эгоистических черт обоих партнеров [8].

В целом, супруги, оказавшиеся в ситуации бесплодного брака, сталкиваются с двумя основными «источниками» проблем.

Первой группой являются внутренние причины, возникающие как следствия повышения уровня стресса, а также возникающих на его фоне личных психологических проблем каждого из супругов, которые, в свою очередь, также повышают психологическое напряжение. Такие внутренние проблемы зачастую приводят к отчуждению одного из партнеров, а по данным Макаричевой Э.В. и Менделевича В.Д. в 70% случаев приводят к разводу [8].

Второй группой являются внешние проблемы, заключающиеся в оказываемом на них общественном давлении. Зачастую бесплодные пары встречаются с пренебрежением, презрением или неприятием со стороны социума, во многом обусловленным существующими в обществе стереотипами, согласно которым родительство является обязательным для каждого, а бесплодные люди и их отношения считаются неполноценными. Особенную сложность представляют случаи, когда подобные точки разделяют люди из ближайшего окружения, в особенности, здоровый партнер [9].

Кроме перечисленных психологических последствий бесплодия существуют так же психологические факторы, способные выступать в качестве его дополнительных причин. В научной литературе данная тема является крайне спорной. В большинстве случаев, психологические причины служат объяснением бесплодия неясного генеза. Однако отсутствие выявленных анатомических или физиологических причин еще не является доказательством психологического происхождения бесплодия.

Тем не менее, существует доказанное влияние психологического состояния на репродуктивную функцию. Главным фактором в данном случае является стресс. В связи с различиями в гормональной регуляции женской и



мужской репродуктивных систем будет уместно рассматривать влияние стресса на их репродуктивные функции отдельно.

В женском бесплодии роль психологического стресса проявляется в снижении уровня прогестерона и выработке пролактина, что при совместном действии активно препятствует закреплению эмбриона в стенке матки [10]. Также роль психологических факторов становится наглядной при процедуре ЭКО. Предварительное проведение психотерапии пограничных расстройств и проведение самой процедуры переноса эмбриона в полость матки под воздействием эриксоновского гипноза достоверно повышает эффективность процедуры ЭКО [11].

Влияние стресса на репродуктивную функцию мужчин выражается в снижении выработки ЛГРГ в гипоталамусе, запускающем синтез ЛГ и ФСГ в гипофизе, стимулирующих производство тестостерона и спермы в яичках. Также стресс является одной из причин эрективной дисфункции, которая в свою очередь также является серьезным стрессором [12].

Таким образом, воздействие стресса на гормональную систему перечисленными способами можно считать достаточным основанием, для признания стресса одним из факторов не только сопутствующих бесплодию, но и способствующих ему.

Обобщая приведенную информацию, следует отметить, что психологические проблемы и бесплодие оказывают взаимное влияние, которое зачастую становится цикличным. Мужское и женское бесплодие имеет свою специфику во влиянии на психологическое состояние человека, но в любом случае бесплодие одного из супругов всегда отражается на психологическом состоянии другого. Повышение уровня напряжения каждого из партнеров сказывается на их отношениях внутри брака, что в свою очередь может выступать в качестве дополнительного стрессора, способного влиять на репродуктивную функцию партнеров, таким образом, создавая замкнутый «порочный круг». Понимая существующие взаимосвязи между психологическим состоянием и бесплодием возможно разрабатывать комплексные методы терапии, направленные на прерывание цепочки взаимно усугубляющих проблем, а также проводить дополнительные исследования, учитывающие многообразие действующих факторов.

Литература

1. Лебедев С.В. Статистика бесплодия в России: заблуждения и факты (часть 1). 2012. Режим доступа: <http://lebedev.livejournal.com/10738.html>
2. Гарднова Ж.Р. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения и их



психотерапевтическая коррекция: Автореф. дис. ... док. мед. наук. – М., 2008 – 3 с.

3. Фёдорова Т.А. Клиника, диагностика и лечение «необъяснимого» бесплодия у женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1986. – 23 с.

4. Дьячкова Е.С. Психологические особенности семей с нарушениями репродуктивного здоровья / Е.С. Дьячкова // Вестник ТГУ. – 2013. - № 9 (125). – С. 199-207.

5. Гарданова Ж.Р. Пограничные психические расстройства / Ж.Р. Гарданова. – С. 14.

6. Шibaева К.С. Социально-психологические особенности мужчин в бесплодном браке / К.С. Шibaева // Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2011. - № 12. – С. 181-189.

7. Анохин Л.В. Эпидемиология бесплодия в браке / Л.В. Анохин, О.Е. Коновалов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 1998. - № 1-2. – С. 19-22.

8. Макаричева Э.В. Психологические аспекты бесплодного брака: (Обзор литературы) / Э.В. Макаричева, В.Д. Менделевич // Проблемы репродукции. – 1996 - № 1. – С. 20-22.

9. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис - 4-е изд. СПб.: Питер.- 2008.- 672 с.

10. Сапольски Р. Психология стресса / Р. Сапольски.-3-е изд. — СПб.: Питер.- 2015.- 37 с.

11. Гарданова Ж.Р. Пограничные психические расстройства / Ж.Р. Гарданова. – С. 28.

12. Сапольски Р. Психология стресса / Р.Сапольски. -С. 36.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ УЧЕНЫХ О ПРОЦЕССЕ РЕКОНСОЛИДАЦИИ ПАМЯТИ

Барков С.С.

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

**Научный руководитель: профессор, д. психол. н., зав. кафедрой психологии
здоровья и коррекционной психологии Никишина В.Б.**

Проблема изучения памяти относится к наиболее интенсивно развивающимся на данном этапе нейропсихологической науки. Эта проблема



является «центральной» для таких наук как: молекулярная биология, нейрофизиология, психология, нейропсихология. Содержание целого ряда теоретических и экспериментальных статей, появившихся в последнее время в авторитетных научных журналах и сайтах их размещающих, приводит к заключению, что точного и одностороннего определения данного процесса памяти нет. Вне зависимости от вышесказанной тенденции, в настоящее время сохраняются существенные различия между отечественными и зарубежными представлениями о процессах памяти, в частности, реконсолидации.

Ключевые слова: психология, нейропсихология, реконсолидация памяти, современные представления.

MODERN VIEWS ABOUT DOMESTIC AND FOREIGN SCIENTISTS ON THE PROCESS OF MEMORY RECONSOLIDATION

Barkov S.S., Nikishina V.B.

The problem of studying memory refers to the most intensively developing at this stage of neuropsychological science. This problem is «central» for such sciences as: molecular biology, neurophysiology, psychology, neuropsychology. The content of a number of theoretical and experimental articles that have appeared recently in authoritative scientific journals and their sites, leads to the conclusion that there is no precise and one-sided definition of this memory process. Regardless of the aforementioned trend, at present there are still significant differences between domestic and foreign notions of memory processes, in particular, reconsolidation.

Key words: psychology, neuropsychology, memory reconsolidation, modern concepts

Память составляет основу обучения, познания, адаптации и выживания как у людей так и у животных. С ежегодным развитием нейронауки улучшаются методы исследования памяти, формирования которой осуществляются на всех уровнях структурно-динамической нервной системы, а так же механизмов ее возникновения.

На данный момент мы видим, что подход к экспериментальному изучению закономерностей памяти и к трактовке полученного материала в значительной мере зависит от методологических установок исследователя. Экспериментальное явление превращается в факт, только после того, как будет объяснено в терминах определенной теории. Вот почему нам представляется важным показать, каковы сходства и различия современных представлений о процессах реконсолидации памяти в отечественной и зарубежной психологии.



Так, например, в современных представлениях отечественных и зарубежных ученых принято объединять несколько взаимосвязанных процессов памяти для изучения каждого из них в неразрывной связи друг от друга. Подобная связь может быть в таких понятиях как: реактивация, консолидация, реконсолидация, рекатегоризация, «временное окно», «критическое окно» и т.п. Здесь стоит отметить несколько примеров такой связи в следующих выдержках из научных трудов:

1. «Принципиально важными для проявления эффектов *реактивации*/напоминания на *консолидированную* и *реконсолидированную* память являются “*временные окна*”, т.е. промежуток времени с момента окончания первичного обучения до момента предъявления напоминающего стимула и промежуток времени с момента предъявления напоминающего раздражителя до начала теста на сохранение памяти (retention test)» [3];

2. «Задаваясь вопросом обусловленности, мы предполагаем, что изменение таких процессов памяти как *консолидации* и *реконсолидации* взаимосвязано с демотивированностью лечения у больных туберкулезом» [2];

3. «Возможно, поддержание памяти в течении многих лет использует механизмы ее регулярной *реактивации* в различных ситуациях (напоминания, спонтанные воспоминания, сон, неосознаваемая активация при извлечении других воспоминаний), сопровождающейся *реконсолидацией* памяти» [1];

4. «Такого рода вмешательство в процессы *консолидации* / *реконсолидации* откроют путь к новому подходу к лечению в психиатрии» [5];

5. «При введении НМДА-антагонистов было выявлено ухудшение консолидации памяти... » [4].

Но в то же время категориально сам процесс реконсолидации памяти обозначается по-разному. Так в отечественной литературе мы можем дать следующее определение этому понятию: «Это не только каждое следующее извлечение памяти, это активная реконструкция версий того, что было, а так же перезапись новой версии, которая может подавлять или угашать предыдущую» [1]. В зарубежном представлении данный процесс обозначен следующим образом: «Реконсолидация - это определенный процесс, повторно стабилизирующий память, которая была воспроизведена через механизм извлечение» [4]; «Консолидированная память может активировать определенные состояния нестабильной реактивации памяти, которые можно назвать реконсолидацией» [8]. Здесь можно увидеть сходство в понимании участия молекулярных механизмов памяти, а так же процесса ее извлечения. Но так же есть и различия в том, что зарубежные авторы практически не учитывают факта перезаписи предыдущей информации, реконструкции той информации, что была изначально консолидирована.



Так же многие ученые сходятся во мнении, что реконсолидацию можно считать довольно неоднозначным и малоизученным процессом:

1. «Характер и функции процесса реконсолидации несколько противоречивы и имеют широкое изучение повсеместно» [6].

2. «В этой связи возникает вопрос, является ли реконсолидация простым повторением процесса консолидации или она представляет собой самостоятельный процесс со своими собственными механизмами, специфическими структурными, сетевыми и молекулярно клеточными изменениями» [3].

3. «Точные молекулярные механизмы, лежащие в основе этого процесса, остаются неизведанными» [8].

4. «Возможно, что есть и другой, еще неизвестный нам, молекулярный механизм перманентного сохранения фенотипа нейрона, измененного в результате обучения» [1].

В этой статье мы пытались отобразить все возможные сходства и различия в общем понимании такого интересного феномена памяти как реконсолидация. Стоит отметить, что большинство авторов согласно с отсутствием исчерпывающих знаний о реконсолидации, но в то же самое время категориально понимают этот процесс по-разному. Исходя из всего вышесказанного можно сделать выводы о том, что отечественные и зарубежные ученые активно изучают процесс реконсолидации памяти, но получают результаты исследований исходя из своих представлений о данном феномене.

Литература

1. Анохин К.В. Молекулярная физиология памяти. Лаборатория нейробиологии памяти. Институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина. Мультимедийная презентация к лекции. 2012

2. Барков С.С. Экспериментально-психологическое изучение процессов консолидации и реконсолидации памяти у больных туберкулезом/С.С. Барков / Сборник тезисов XII Международной Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых. – 2017. – 211с.

3. Григорьян Г.А. Консолидация, реактивация и реконсолидация памяти /Г.А. Григорьян, В.А. Маркевич//Журналвысшейнервнойдеятельности. – 2014.– т. 64.– № 2.–С. 123–136.

4. Flavell C.R., Lee J.L. Reconsolidation and extinction of an appetitive pavlovian memory. *Neurobiol. Learn. Mem.* 2013. 104: 25–31.



5. Lonergan M.H., Olivera/Figueroa L.A., Pitman R.K., Brunet A. Propranolol's effects on the consolidation and reconsolidation of longterm emotional memory in healthy participants: a metaanalysis. J. Psychiatry Neurosci. 2013. 38(4): 222–231.

6. Roesler R. Molecular mechanisms controlling protein synthesis in memory reconsolidation. Neurobiology of Learning and Memory, 2017

7. Wang Y., Zhang T.Y., Xin J., Li T., Yu H., Li N., Chen Z.Y. Differential involvement of brain derived neurotrophic factor in reconsolidation and consolidation of conditioned taste aversion memory. PLoS One. 2012. 7(11): 1–11.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ЮМОРА КАК РЕСУРСА УСТОЙЧИВОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ВЫГОРАНИЮ У ПЕДАГОГОВ СПЕЦИАЛЬНЫХ КОРРЕКЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Благов И.А.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Курск**

**Научный руководитель: Молчанова Л.Н., д. психол. н., профессор
кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии**

В статье представлены результаты исследования особенностей копинг-стратегий и юмора как ресурса устойчивости к профессиональному выгоранию у педагогов специальных коррекционных образовательных учреждений. Было выявлено, что у большинства педагогов специальных коррекционных образовательных учреждений высокая выраженность профессионального выгорания, и значительно преобладают следующие копинг-стратегии: самоконтроль, положительная переоценка, планирование решения проблемы; в среднем совладание юмором находится на невысоком уровне; прямая корреляционная связь между совладанием юмором и выраженностью профессионального выгорания не была обнаружена.

Ключевые слова: копинг-стратегии, юмор, ресурс устойчивости, профессиональное выгорание, педагоги, специальные коррекционные образовательные учреждения



**PECULIARITIES OF COPING-STRATEGIES AND HUMOR AS A
RESOURCE OF STABILITY TO PROFESSIONAL COMBAT
DESERTIFICITY OF TEACHERS OF SPECIAL CORRECTION
EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

Blagov I.A.

The results of a study of the specifics of coping strategies and humor as a resource of resistance to professional burnout in teachers of special correctional educational institutions are presented in the article. It was found that the majority of teachers of special correctional educational institutions have a high degree of professional burnout, and the following coping strategies significantly prevail: self-control, positive reassessment, problem-solving planning; on average, coping with humor is at a low level; a direct correlation between the co-control of humor and the severity of professional burnout was not found.

Key words: coping strategies, humor, sustainability resource, professional burnout, teachers, special correctional educational institutions

Актуальность проблемы психического здоровья детей в последние годы значительно возросла. Рост нервно-психических и соматических заболеваний, а также различных функциональных расстройств коррелирует с общим снижением успеваемости, особенно на начальных этапах обучения. По данным МО РФ, среди детей, поступающих в первый класс, свыше 60% относится к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Таким образом, повышается актуальность труда педагогов коррекционных учреждений, повышается нагрузка и объём работы в данной сфере. На сегодняшний день современное образование предъявляет высокие требования ко всем аспектам и деятельности: знаниям, педагогическим умениям и способам деятельности, в том числе, к личностным особенностям, что в свою очередь способствует их профессиональному выгоранию, проявляющемуся в эмоциональной сухости, личностной отстраненности, в снижении интереса к трудовой деятельности, в игнорировании индивидуальных особенностей учащихся [2, 3, 4, 5, 6]. Это мешает полноценному управлению учебным процессом, особенно, если педагог использует неконструктивные копинг-стратегии. Кроме того, невозможность выразить всю гамму эмоций, возникающих у педагога, создаёт дополнительный фактор риска профессионального выгорания. Юмор, в свою очередь, может стать эффективной копинг-стратегией, с помощью которой педагог может выразить как негативные, так и позитивные эмоциональные состояния, что укрепит социальные взаимоотношения с учащимися [1]. А учитывая уровень стресса и



специфический контингент в специальных коррекционных образовательных учреждениях, конструктивные копинг-стратегии являются крайне важным ресурсом устойчивости профессиональному выгоранию [7, 8].

В том числе, стоит отметить, что последнее время многие авторы стали рассматривать чувство юмора не только как социально желательную черту личности, но и как важный компонент психического здоровья. Огромное значение стали уделять исследованиям юмора как способу стимулирования положительных эмоций и противостояния отрицательным, а также юмору – как механизму совладающего поведения, помогающему справляться со стрессовыми ситуациями. В этом же русле исследований все больше стал интересовать вопрос о ценности чувства юмора в установлении и поддержании социальных контактов [1].

Таким образом, цель нашего исследования состояла в изучении особенностей копинг-стратегий и юмора как ресурса устойчивости к профессиональному выгоранию у педагогов специальных коррекционных образовательных учреждений.

Объектом исследования явилось профессиональное выгорание у педагогов специальных коррекционных образовательных учреждений, а **предметом исследования** – особенности копинг-стратегий и юмор как ресурса устойчивости к профессиональному выгоранию.

Исследование проводилось на базе ОКОУ «Курская школа-интернат». В качестве методов исследования использовали опросник «Способы совладающего поведения» (ССП, Lazarus, Folkman, 1984; Вассерман и соавт., 2009), опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» для учителей и преподавателей высшей школы (в адаптации Водопьянова Н.Е.), русскоязычный вариант опросника «Шкала совладания (копинга) юмором» (Р. Мартин и Х. Лефкорт, The coping humor scale (CHS), в адаптации Т.В. Артемьевой).

По результатам методики «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» для учителей и преподавателей высшей школы (в адаптации Водопьянова Н.Е.) выявлено, что у 90% исследуемых педагогов наблюдается высокая степень интегрального показателя профессионального выгорания, а у 10% – крайне высокая степень. Полученные данные свидетельствуют, как минимум, о высоком риске снижения профессиональных успехов, качества педагогического труда и в целом о патологических процессах в динамике личности педагогов. В частности, по субшкале «Эмоциональное истощение» высокий уровень степени выгорания у 50% педагогов, средний уровень выраженности – также у 50%. По субшкале «Деперсонализация» у 30% исследуемых очень высокий уровень выгорания, у 50% – высокий уровень, у



20% – средний уровень. По субшкале «Профессиональная успешность» у 50% наблюдается низкий уровень выгорания, у 30% – средний уровень, у 20% – высокий. Данные результаты позволяют нам судить о том, что если качество и успешность педагогической деятельности затронута в невысокой степени, то личностные конструкты и эмоциональная сфера в целом приобретают необратимые негативные изменения.

Результаты исследования способов совладающего поведения с использованием методики «Способы совладающего поведения» (ССП, Lasarus, Folkman, 1984; Вассерман и соавт., 2009) свидетельствуют о том, что преимущественно используются такие копинг-стратегии, как: самоконтроль (50% – умеренное использование; 50% – высокая частота использования); положительная переоценка (40% – умеренное использование; 60% – высокая частота использования); планирование решения проблемы (20% – умеренное использование; 80% – высокая частота использования).

Таким образом, педагоги пользуются энергозатратными в психологическом плане, но конструктивными и эффективными копинг-стратегиями, что позволяет им не только соответствовать требованиям и преодолевать сложности педагогической деятельности в специальных коррекционных образовательных учреждениях, но и способствуют негативным изменениям в эмоционально-личностной сфере. Также следует указать, что наиболее конструктивное и адаптивное поведение характеризуется использованием примерно в равной степени всех копинг-стратегий, что мы не наблюдаем в исследуемой группе педагогов.

По результатам опросника «Шкала совладания (копинга) юмором» были получены результаты, согласно которым выяснилось, что в среднем степень совладания юмором у исследованной группы педагогов снижена. Но прямой корреляционной связи между результатами «Шкалы совладания (копинга) юмором» и интегральными показателями профессионального выгорания выявлено не было ($p\text{-level}=0,27$).

Следовательно, исследование особенностей копинг-стратегий и юмора как ресурса устойчивости к профессиональному выгоранию у педагогов специальных коррекционных образовательных учреждений позволило сделать следующие выводы: большинству педагогов присуща высокая степень профессионального выгорания; отсутствует наиболее эффективный и адаптивный способ совладающего поведения, при котором используются множество копинг-стратегий; значительно преобладают следующие копинг-стратегии: самоконтроль, положительная переоценка, планирование решения проблемы; в среднем совладание юмором находится на невысоком уровне;



прямая корреляционная связь между совладанием юмором и выраженностью профессионального выгорания не была обнаружена.

Литература

1. Артемьева, Т.В. О методе исследования совладания (копинг) юмором и его возможностях / Т.В. Артемьева // Казанский педагогический журнал.-2011.- №4
2. Комаревцева И. В. Динамика устойчивости к синдрому эмоционального выгорания у педагогов системы специального образования в процессе профилактической работы /И. В. Комаревцева // Российский психологический журнал. - 2014.- №2.- С.51-60
3. Кузнецова А.А. Особенности состояния выгорания у преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностного статуса / А.А. Кузнецова //Современные наукоемкие технологии. -2012. -№ 7. -С. 17-18.
4. Кузнецова А.А. Структурно-феноменологические проявления состояния выгорания у преподавателей высшей школы/А.А. Кузнецова //Известия Юго-Западного государственного университета.- 2012.- № 3-2 (42). -С. 145-152.
5. Молчанова Л.Н. Внутрипрофессиональная дифференциация состояния выгорания в педагогической деятельности / Л.Н. Молчанова // Казанский педагогический журнал.- 2009.- № 9-10.- С. 124-133.
6. 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.
7. Редина Т.В. Эмоциональное выгорание педагогов специальных коррекционных образовательных учреждений / Т.В. Редина // Знание. Понимание. Умение.- 2010.- №1.- С.222-227
8. Шац И. К. Психологические аспекты профессионального выгорания педагогов/ И.К. Шац // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина.- 2013.- №3.- С.49-57



НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГНОСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Блинова К.В.

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

Научный руководитель: канд.психол.н., ст.преподаватель кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии Кузнецова А.А.

В статье представлено описание клинического случая нейропсихологического исследования проявлений гностической деятельности ребенка с легкой степенью умственной отсталости. На момент исследования были выявлены следующие нейропсихологические проявления гностической деятельности: нарушения в целостной интерпретации сюжетных картин, буквенного и акустического гнозиса. Сохранность зрительно-пространственного, цветового, цифрового предметного и сомато-сенсорного гнозиса.

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, умственная отсталость, буквенный гнозис, акустический гнозис, зрительно-пространственный гнозис, цветовой гнозис, предметный гнозис, сомато-сенсорный гнозис, младший школьный возраст

NEUROPSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS OF GNOSTIC ACTIVITY IN JUNIOR SCHOOLCHILDREN WITH MENTAL RETARDATION MILD: A CLINICAL CASE

Blinova K.V.

The article presents the clinical case neuropsychological studies of the manifestations of the Gnostic activities of the child with mild mental retardation. At the time of the study were identified following neuropsychological manifestations of Gnostic activity: violations in a holistic interpretation of genre paintings, symbolic and acoustic gnosis. Safety visual-spatial, color, digital subject gnosis.

Keywords: neuropsychological diagnostics, mental retardation, and literal gnosis acoustic gnosis, visual-spatial gnosis, color gnosis, the gnosis of the subject, younger school age

Показатели распространенности умственной отсталости в мире по данным официальной медицинской отчетности колеблются в широком



диапазоне: от 3,04 до 24,6 и выше на тысячу населения [6]. По данным Всемирной организации здравоохранения более 3 % от общей детской популяции составляют умственно отсталые дети. Дети с легким недоразвитием интеллекта составляют 70-80% [2, 3].

Умственно отсталым, называют такого ребенка, у которого стойко нарушена познавательная деятельность вследствие органического поражения головного мозга [5].

Необходимо правильно организовать коррекционную работу с умственно отсталыми детьми для того, чтобы наблюдалась положительная динамика в развитии. Коррекционная работа является важнейшим этапом в развитии ребенка с легким недоразвитием [1, 4].

В данной работе рассматривается клинический случай ребенка с легкой степенью умственной отсталости F.70.

Мальчик М., 10 лет проходил нейропсихологическое исследование на базе 26 школы с целью определения нейропсихологических проявлений гностической деятельности.

Из анамнеза: любимое занятие смотреть картинки в социальных сетях, смотрит мультики про «Человека паука». Любимым предметом в школе является физическая культура. Круг общения состоит из двух мальчиков.

На момент исследования в месте, времени и собственной личности ориентирован. Опрятен. Контактен. На вопросы отвечает охотно, развернуто. Средняя концентрация на заданиях, усидчив, повышена отвлекаемость. К исследованию относится заинтересованно. Настроение доброжелательное. Эмоциональные реакции адекватны ситуации. Мимика малооживлена. Инструкции понимает без затруднений.

Диагностика профиля латеральной организации выявила праворукость.

Проведение проб на предметный гнозис. Реалистические изображения называл правильно. Осуществлялся тщательный просмотр перечеркнутых и наложенных изображений, но все были названы верно. Возникли трудности с незавершенными изображениями: картинки переворачивались, не назвал 2 предмета.

Интерпретация сюжетных картин включала в себя фрагментарность анализа, актуализацию двух гипотез, формальное описание элементов сюжетной картинки.

Пробы на зрительно-пространственный гнозис. Самостоятельный рисунок трудностей не вызвал. Копирование рисунка было без учета размера нарисованной фигуры.

Цветовой и цифровой гнозис сохранен. При исследовании буквенного гнозиса было выявлено нарушение распознавания букв «н» и «п» в зеркальном изображении.



Пробы на акустический гнозис и слухо-моторную координацию. При оценке и воспроизведении простых и акцентированных ритмических структур было выявлено ухудшение оценки ритмов при увеличении сложности ритмической структуры, так же присутствовали персеверации предыдущей структуры.

Сомато-сенсорный гнозис. Пробы на локализацию прикосновения и ее проекцию на рисунок, а так же на соматогнозис выполняет без затруднений. Пробу Ферстера выполняет, рисунки называет со второго раза.

На момент исследования были выявлены следующие нейропсихологические проявления гностической деятельности: нарушения в целостной интерпретации сюжетных картин, буквенного и акустического гнозиса. Сохранность зрительно-пространственного, цветового, цифрового предметного и сомато-сенсорного гнозиса.

Литература

1. Голубятникова В.И. Основные подходы к диагностике нарушений речи и других высших психических функций в структуре помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения /В.И. Голубятникова, А.А. Кузнецова //Коллекция гуманитарных исследований. – 2017. – № 1 (4). – С. 54-59.
2. Курбатов В.И. Социальная работа: Учебное пособие/В.И. Курбатов. – М., 2007.
3. Моренко И.М. Отношение к академической оценке детей младшего школьного возраста/И.М. Моренко, А.А. Кузнецова //Коллекция гуманитарных исследований.– 2017. – № 2 (5). – С. 50-57.
4. Никишина В.Б. Психологическая реабилитация как системообразующий фактор в работе с детьми с нарушениями в развитии /В.Б. Никишина // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2004. – № 1. – С. 69-72.
5. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника / С.Я. Рубинштейн. – М.: Просвещение, 1986. – 192 с.
6. Файзуллина Л.Л. Инвалидность вследствие умственной отсталости у детей в Российской Федерации и комплексная медико-социальная реабилитация: автореф. дис. канд. мед. наук / Л.Л. Файзуллина. – М., 2010 – 24 с.



ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА

Боженова С.С., Боженова Т.Ю.

**Белгородский государственный университет,
г. Белгород, Россия**

В статье раскрыты особенности взаимоотношений приемных родителей и ребенка в успешной замещающей семье. Эти особенности проявляются в таких компонентах отношения, как: мотивационный, когнитивный, эмоциональный, поведенческий. Психологическая подготовка родителей к созданию успешной замещающей семьи включает в себя систему мероприятий по формированию соответствующей мотивации, а также знаний психологии ребенка, психологии семейного воспитания.

Ключевые слова: взаимоотношение, замещающая семья, приемная мать, приемный ребенок

RELATIONSHIPS IN THE FOSTER FAMILY AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF CHILD'S PERSONALITY

Bozhenova S. S., Bozhenova T.Y.

In the article the nature of the relationship between foster parents and children in successful foster family. These features are manifested in such aspects of relationships, such as: motivational, cognitive, emotional, behavioral. Psychological preparation of parents to create a successful foster family is comprised of activities aimed at creating appropriate motivation as well as knowledge of child psychology, psychology of family education.

Key words: relationship, foster family, foster mother, foster child

Социальное сиротство – одна из наиболее острых гуманитарных проблем современной России. Дети-сироты и дети, лишившиеся попечения родителей, попадают либо интернаты, либо в появившиеся в последнее время в России, замещающие (приемные) семьи. Замещающая семья – форма временного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без родительской опеки в семье, если в биологических семьях нарушены семейные связи и потеряна родительская опека над детьми. К такой категории семей относятся, прежде всего, приемные семьи. Система воспитания в замещающих семьях ставит вопрос психологической совместимости приемных родителей и детей,



готовности женщины взять на себя роль матери одного или нескольких приемных детей.

Специфика приемной семьи заключается в том, что она обеспечивает трудоустройство родителей, и отношения в семье могут носить кратковременный характер. Особая роль в приемной семье отводится матери. В исследованиях В.Н. Ослон, А.Б. Холмогоровой отмечается, что мать доминирует в эффективных замещающих семьях. Личностные особенности приемных родителей исследовались рядом отечественных психологов (Г.И. Гусарова, А.В. Махнач, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, А.И. Лактионова, Т.Ю. Лотарева, Л.А. Чернышовой, В.В. Шпакова и др.). Кроме того, в психологической литературе значительное внимание уделяется вопросам: социально-психологической адаптации приемных детей к условиям приемной семьи (Л.Н. Большакова, О.К. Миневич и др.); мотивации создания приемной семьи (О.Б. Зерницкий, Е.В. Ушакова, О.А. Карабанова и др.); личностным характеристикам успешных приемных родителей (О.Г. Япарова, И.В. Горохова, А.С. Спиваковская); особенностям воспитания детей в приемной семье (А.И. Довгалева, Ж.А. Захарова и др.). Доказано, что особую социальную ситуацию развития личности задает привязанность ребенка к матери (Г.Г. Филиппова, В.А. Цуркин и др.). Однако психологическое содержание взаимоотношений приемной матери и ребенка, определяющее успешность его воспитания, практически не исследовано. Недостаточно разработана в настоящее время и проблема подготовки родителей к созданию замещающей семьи.

Целью нашего исследования стало изучение психологического содержания взаимоотношений приёмной матери и ребенка в успешной замещающей семье. Для достижения цели использовались следующие методики: методика PARI (Е.С. Шефер и Р.К. Белл) в адаптации Т.В. Нещерет - для исследования родительских установок приемных родителей; опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (Е.С. Шефер в адаптации Вассермана Л.И., Горьковой И.А., Ромициной Е.Е.) для исследования особенностей отношения подростков к родителям; цветовой тест отношений (А. Эткинд.), позволяющий оценить отношения привязанности родителей и приемных детей; стандартизированный многофакторный метод исследования личности (Л. Собчик), дающий возможность определить наличие черт личности успешной – неуспешной матери, определить наличие склонности к насилию, алкоголизму и другим нарушениям поведения, тип реагирования на стресс и способы совладания со стрессом, защитные механизмы, ведущие потребности, фон настроения, стиль межличностного поведения, черты характера.

Исследование проведено на базе Центра социальной защиты одного из районов Белгородской области. Выборку составили 11 семей, в том числе: 11 -



приемные матери; 20 - дети подросткового и младшего школьного возраста, не имеющие психических отклонений.

Для определения внешних показателей успешности семейного воспитания приемных детей (успешность-неуспешность) в замещающих семьях определялась методом экспертных оценок, Экспертами выступили педагоги, психологи и социальные работники образовательных учреждений, в которых обучались приемные дети. Успешными оказались 55% обследованных семей.

Характеризуя взаимоотношения в успешных замещающих семьях, остановимся вначале на особенностях отношения родителей к детям. Результаты исследования отношения родителей к семейной роли представлены на рисунке 1.

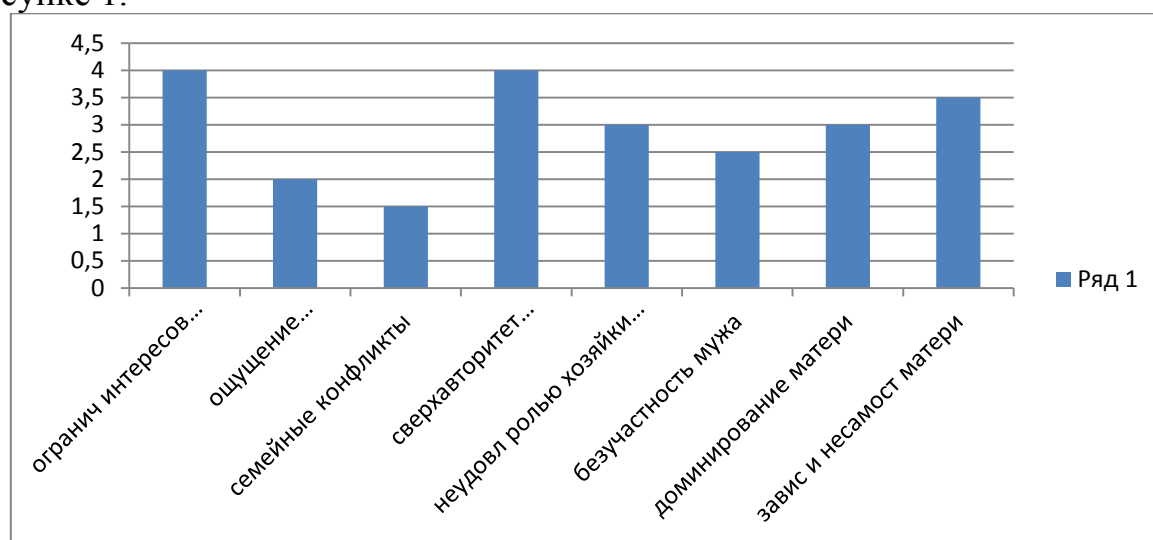


Рис.1. Отношение родителей к семейной роли

Как видим, в анализируемых семьях в целом обнаружено положительное отношение родителей к семейной роли. Высок авторитет родителей, интересы матери ограничены заботами о семье, показатель участия отцов в делах семьи находится на среднем уровне. В этих семьях практически отсутствуют конфликты. Позиция родителей во взаимоотношениях с ребенком активна. Чаще их объединяют совместные интересы. Мамы, как правило, не удовлетворены только ролью хозяйки дома, но и участвуют в общественной жизни школы ребенка (член родительского комитета, участие совместно с ребенком в различных внеклассных мероприятиях).

Результаты исследования отношения родителей к ребенку представлены на рисунке 2.

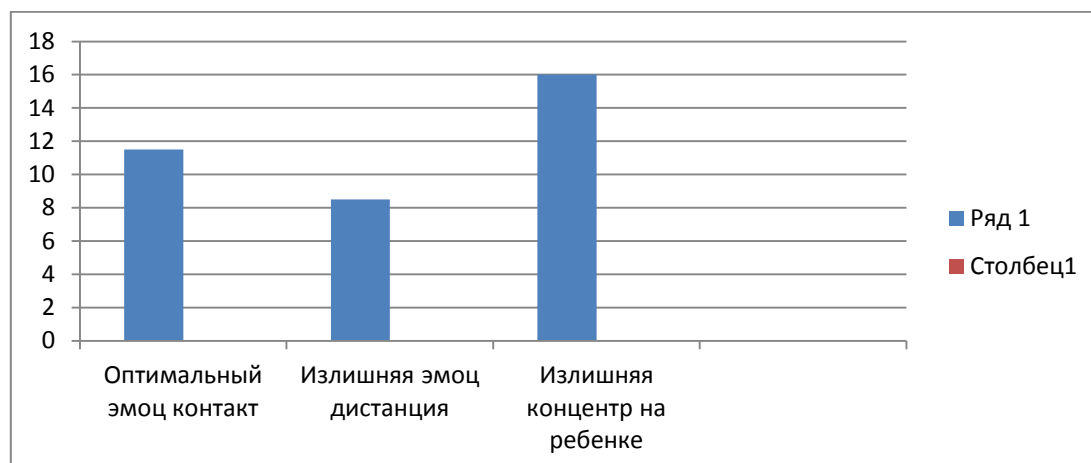


Рис.2. Показатели отношения родителей к подросткам (балл)

В исследуемых семьях обнаружена излишняя концентрация на ребенке, что проявляется в чрезмерной заботе, установлении отношений зависимости, в преодолении сопротивления подростка, создании безопасности, опасении обидеть, исключении внесемейных влияний, подавлении агрессивности.

Эмоциональный контакт с подростком проявляется в партнерских отношениях, побуждении словесных проявлений, развитии активности ребенка.

По показателю «Излишняя эмоциональная дистанция» получены низкие оценки, указывающие на то, что в этих семьях практически не наблюдаются: раздражительность, вспыльчивость; суровость, излишняя строгость, уклонение от контакта с ребенком.

Анализ отдельных аспектов внутрисемейных отношений проведен на основе данных, представленных на рисунке 3.

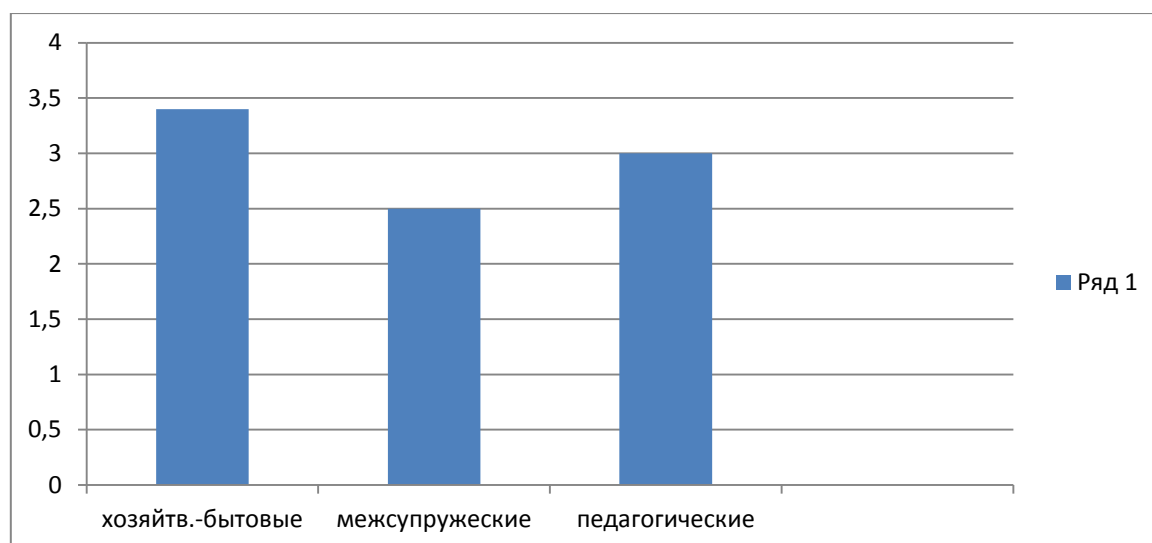


Рис.3. Показатели отдельных аспектов внутрисемейных отношений (балл)



Данные, представленные на рисунке 3, говорят о среднем уровне развития всех аспектов внутрисемейных отношений в анализируемых семьях. Однако доминируют хозяйственно-бытовые отношения, а также отношений, обеспечивающих воспитание детей.

Таким образом, в исследуемых семьях обнаружен приоритет решения семейных проблем над производственными. Родительско-детский контакт приближен к оптимальному.

Результаты исследования отношения приемных детей к родителям в успешной замещающей семье представлены на рисунке 4.

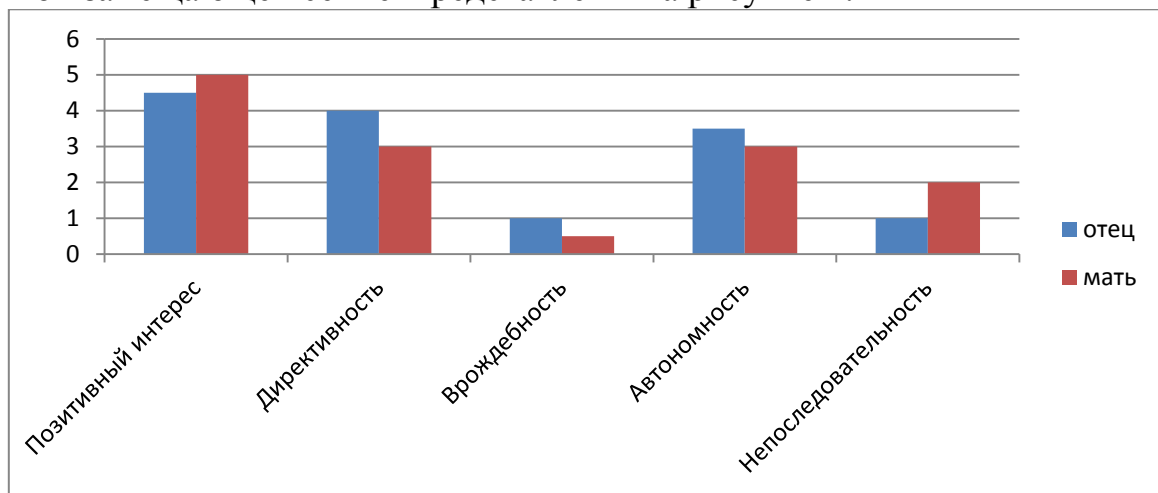


Рис.4. Особенности отношения детей к родителям (балл)

Результаты исследования говорят о том, что подростки данной выборки в целом имеют положительное отношение к родителям, основанное на психологическом принятии, о чем свидетельствуют показатели по шкале «Позитивный интерес». Однако они отмечают, что родители относятся к ним как к маленьким детям, которые постоянно требуют внимания, заботы, помощи, которые сами по себе мало что могут. Такие родители одобряют обращение за помощью подростков в случаях ссор или каких-либо затруднений, с одной стороны, и ограничивают их самостоятельность – с другой.

Матери, по мнению подростков, проявляют позитивный интерес к ним несколько выше, чем отцы. Отцы в большей мере стремятся продемонстрировать уверенность в себе. Подростками же этот показатель оценивается как уверенность в том, что не пресловутая отцовская строгость, а внимание к подростку, теплота и открытость отношений между отцом и подростком являются проявлением искреннего интереса.

Психологическое принятие дочери или сына родителями характеризуется, по мнению подростков, отсутствием резких перепадов от вседозволенности к



суровым наказаниям, т.е. доминируют теплые дружеские отношения с четким осознанием границ того, что можно и чего нельзя. Отцовские запреты же в данном случае действуют только на фоне отцовской любви.

Шкала автономности представлена средними показателями, указывающими на то, что автономность ребенка исключает какую-либо зависимость от родителей, их состояния, требований. Отрицаются какие-либо формы заботы и опеки по отношению к дочерям. В большей степени автономность проявляется по отношению к отцу, хотя различия между родителями обоего пола не являются статистически значимыми. Такие родители оцениваются подростками как снисходительные, нетребовательные. Они практически не поощряют детей, относительно редко и вяло делают замечания. Девочки-подростки описывают автономность отцов как претензию на лидерство.

Шкала директивности также представлена высокими значениями у отца и средними значениями у матери. Описывая директивность своих родителей, подростки отмечают контроль с их стороны, тенденцию к легкому применению своей власти, основанной на амбициях и, не приветствуя при этом выражения собственного мнения детей. Такие родители, отцы в первую очередь, больше полагаются на строгость наказания, упрямо считая, что они «всегда правы, а дети еще слишком малы, чтобы судить об этом». Девочки-подростки представляют директивность отца в качестве образа «твердой мужской руки». Директивный отец как бы направляет растущую девушку на путь истинный, заставляя ее подчиняться нормам и правилам поведения, принятым в обществе и определенной культуре, вкладывая в ее душу заповеди морали.

Враждебного отношения подростков к родителям данной выборки не обнаружено. Родители, по мнению подростков, в своем отношении проявляют последовательность, переходов от психологического принятия детей к их эмоциональному отвержению не выявлено.

Большинство подростков в отношении с матерью имеют положительные близкие отношения (70%). Это выражается в таких предложениях, как «Моя мама самая лучшая», «Моя мама и я – лучшие друзья», «Моя мама любит меня», «Моя мама самая добрая», «Я люблю свою маму, но я люблю еще и своего отца», «Считаю, что большинство матерей не очень, по сравнению с моей». Такие подростки выражают в отношении к матери положительные чувства, при этом они очень с ней близки эмоционально.

Некоторые подростки имеют положительные дистантные отношения с матерью (30%). Это значит, что они оценивают свою мать положительно, но при этом им не хватает общения с ней, они чувствуют себя отдаленными. Это



выражается в таких предложениях, как «Моя мама любит брата больше, чем меня!», «Я люблю свою мать, но она очень много работает».

Отношения с отцом у большинства подростков выборки положительные дистантные (50%). То есть в целом они оценивают своего отца положительно («Мой отец самый лучший», «Мой отец хороший»), но при этом хотели бы, чтобы он больше времени уделял семье. Это выражается в таких предложениях, как «Я хотел бы, чтобы мой отец больше времени проводил со мной», «Думаю, что мой отец редко со мной общается», «Думаю, что мой отец редко бывает дома», «Я хотел бы, чтобы мой отец больше интересовался моей жизнью».

Таким образом, большинство подростков положительно относятся как к матери, так и к отцу, при этом с отцом чаще всего присутствуют положительные отдаленные отношения, а с матерью – близкие.

Путем корреляционного анализа (Пирсона) были обнаружены статистически значимые связи между отношениями родителей к семейной роли и отношениями детей к родителям.

Таблица 1

**Корреляция шкал отношения родителей к подросткам со шкалами
отношения подростков к родителям**

Показатели отношения родителей к подросткам / Шкалы отношения к родителям	Оптимальный эмоциональный контакт	Излишняя эмоциональная дистанция	Излишняя концентрация на ребенке
Позитивный интерес	0,704***	-0,7***	-0,2
Директивность	-0,22	-0,35	-0,2
Враждебность	-0,65**	0,213	-0,11
Автономность	-0,2	0,126	-0,6**
Непоследовательность	-0,6**	0,357	0,112

Как видим, есть положительная значимая связь между шкалами «Оптимальный эмоциональный контакт родителей с подростками» и «Позитивный интерес подростков к родителям» ($p \geq 0,01$), а также отрицательная связь между шкалами: «Позитивный интерес подростков к родителям» и «Враждебность» ($p \geq 0,05$); «Позитивный интерес подростков к родителям» и «Непоследовательность» ($p \geq 0,05$); «Излишняя эмоциональная



дистанция» и «Позитивный интерес» ($p \geq 0,05$); «Излишняя концентрация на ребенке» и «Автономность» ($p \geq 0,05$).

Использование методов математической статистики подтвердило наше предположение о тесной связи положительных взаимоотношений в семье и успешностью семейного воспитания.

Литература

1. Бессчетнова О.В. Приемная семья: сущность, проблемы, перспективы развития: монография /О.В. Бессчетнова, Т.А. Юмашева. – Саратов: Наука, 2007.
2. Варга А.Я. Типы родительского отношения /А.Я. Варга. – Самара, 2007. – 224 с.
3. Захарова Ж.А. Замещающая семья: Научно-методическое пособие / Ж.А. Захарова, И.И. Осипова. – М., 2005.– 80 с.
4. Зерницкий О.Б. Мотивация усыновления и особенности родительских позиций в семьях с приемными детьми /О.Б. Зерницкий // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2002. – № 1. – С. 45-50.
5. Лактионова, А.И. Особенности эффективной замещающей семьи, воспитывающей подростка-сироту/А.И. Лаврентьева// Семья, брак и родительство в современной России. Выпуск № 2 / Ред. Махнач А.В., Зуев К.Б. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. – С. 225-242.
6. Махнач А.В. Психологическая диагностика кандидатов в замещающие родители: Практическое руководство / А.В. Махнач, А.М. Постылякова, Н.Н. Толстых// Серия: Фундаментальная психология – практике. – М.: «Институт психологии РАН», 2013. – 219 с.
7. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья/ В.Н. Ослон. – М.: Генезис, 2006. – 368 с.
8. Постылякова Ю.В. Индивидуальные и семейные ресурсы у кандидатов в замещающие родители/ Ю.В. Постылякова// Проблема сиротства в современной России: Психологический аспект / Отв. ред. А.В. Махнач, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. – М.: «Институт психологии РАН», 2015. – С. 459 – 477.
9. Разуваева Т.Н. Особенности образа Я у лиц с разными типами привязанности к матери/ Т.Н. Разуваева, В.А. Цуркин// Научные ведомости Белгородского государственного университета. Гуманитарные науки.– № 6 (170) 2013, Выпуск 20 . – С. 308-313.
10. Серова Е.В. Особенности страхов формирующейся личности в условиях замещающей семьи: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.В. Серова. - М., 2012. - 28 с.



11. Спиваковская А.С. Психологическая помощь семьям, взявшим на воспитание детей из государственных учреждений/ А.С. Спиваковская// Под ред. В.С. Мухиной/ Сборник «Лишенные родительского попечительства»: Хрестоматия». – М.: Изд-во Просвещение, 1991 – С.127 -134.

12. Ушакова Е.В. Социально-психологические возможности приемной семьи как реабилитационной структуры для детей-сирот /Е.В. Ушакова. – М., 2003. – 184 с.

13. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие / Г.Г. Филиппова. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

14. Щербина С.М. Отношение приемной матери к ребенку в профессиональной замещающей среде: автореф. дисс. ... канд. психол.н./ С.М. Щербина. – Краснодар, 2017. – 29 с.

К ПРОБЛЕМЕ КОМОРБИДНОСТИ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА И АГАРОФОБИИ

Боровлева Т.Е.

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

**Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры психиатрии и
психосоматики Пастух И.А.**

Тревожно-фобические расстройства на данный момент являются наиболее часто встречаемой диагностической категорией, среди которых широко распространено паническое расстройство (ПР). ПР в подавляющем большинстве случаев приводит к развитию агорафобии (АГ), что влияет на снижение качества жизни и социальную дезадаптацию таких больных. Данная статья посвящена изучению клинико-психологических аспектов проблемы коморбидности ПР и АГ.

Ключевые слова: коморбидность, паническое расстройство, агорафобия

ABOUT THE PROBLEM OF COMORBIDITY OF PANIC DISORDER AND AGORAPHOBIA

Borovlyova T.E.



Anxiety-phobic disorder is currently the most common clinical category. One of the most common anxiety disorders is - panic disorder (PR). PR in the vast majority of cases leads to the development of agoraphobia (AH). What affects the quality of life and social disadaptation. patients. In this article we want to consider the development of the problem of comorbidity of PR and AH.

Key words: comorbidity, panic disorder, agoraphobia

В настоящее время среди всех психических нарушений тревожно-фобические расстройства являются наиболее часто встречаемой клинической категорией. Распространенность тревожно-фобических расстройств в общемедицинской практике, согласно эпидемиологическим данным, достигает 15% [11]. Одним из наиболее часто встречающихся среди всех тревожно-фобических расстройств – является паническое расстройство (ПР). По данным ряда авторов, ПР обнаружено у 2-5% в случаях в популяции [2,12]. Довольно часто паническое расстройство сопровождается коморбидной агорафобией (АГ) распространенность указанного варианта коморбидности составляет 0,6-6,7% [10]. АГ возникает вследствие развития синдрома тревоги «ожидания» приступа, что ведет к избеганию потенциально опасных для развития панических атак мест и ситуаций и формируется ограничительное поведение. Она является причиной частых госпитализаций пациентов и приводит к значительному снижению социальной адаптации, качества жизни и утрате трудоспособности [10].

На данный момент существует довольно много клинических работ посвященных диагностике, динамике [8, 9, 10] и терапии [4, 1] ПР и АГ. О.А. Стаценко и Т.И. Иванова [10] изучая клинико-динамические особенности АГ и ПР невротического уровня выявили, что они имеют полиморфную симптоматику, характеризующуюся широким спектром психических и сомато-вегетативных симптомов. В 30-40% случаев течения ПР с АГ не наступает улучшения в процессе лечения, а случаи выздоровления не превышают 45%.

Проблема же психологических особенностей больных сочетанной формой ПР и АГ является мало изученной, исследования в данной области немногочисленны [5, 6]. О.А. Стаценко и Т.И. Иванова [10] выделяют следующие личностные особенности отрицательно влияющие на динамику заболевания: шизотипические, шизоидные, параноидные, диссоциальные и истерические черты. При этом, по их мнению, патохарактерологические нарушения тревожного, гипертимного и истерического типов оказывают позитивное влияние на прогноз заболевания [9]. В работе И.А.Погосовой [5] опасны психологические характеристики больных сочетанной формой ПР и АГ в виде неустойчивости эмоций, неуверенности в себе, тревожности, напряженности, чувства вины, за дискомфорт создаваемый окружающим



людям, недовольства собой, фиксации на сложных жизненных проблемах. По данным автора, у таких больных наблюдается невротический тип личностного профиля с негативным наклоном, что свидетельствует об аффективной насыщенности болезненных переживаний, враждебности, подозрительности. Они проявляют чрезмерное внимание к изменениям в своем физическом состоянии, пессимистический настрой, повышенную чувствительность к внешним неблагоприятным факторам, эгоцентрические установки, зависимость от окружающих, в том числе и отгороженность от окружающего мира, с погруженностью в болезненные переживания.

Таким образом, следует отметить, что в связи с высокой распространенностью данного заболевания среди лиц социально активного возраста проблема изучения психологических особенностей сочетанной формы ПР и АГ в настоящее время является актуальной. Имеется довольно большое количество исследований, посвященных изучению клинических аспектов ПР и АГ, имеется ряд исследований направленных на анализ психологических особенностей АГ и ПР как самостоятельных клинических единиц, но незначительное количество работ отражает состояние личностной и эмоциональной сфер и социальному статус больных коморбидными ПР и агорафобией. В связи с этим, данная проблема требует более детального изучения.

Литература

1. Агамамедова И.Н. Комбинированная терапия панического расстройства и агорафобии: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / И.Н. Агамамедова. – Москва, 2008. – С. 25.
2. Воробьева О.В. Паническое расстройство – принципы терапии / О.В. Воробьева // РМЖ. – №6. – Т. 16. – С. 362-365.
3. Караваева Т.А. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панических и генерализованного тревожного расстройства) / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, С.В. Полторак // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – № 4. – С. 42-51.
4. Литвинцев С.В. Комплексная терапия агорафобии с паническим расстройством / С.В. Литвинцев, А.М. Резник, А.Л. Арбузов и др. // Психиатрия. – 2003. – № 3(3). – (03). – С. 34-40.
5. Погосова И.А. Клинические и психологические особенности больных паническим расстройством и агорафобией / И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 3 (92). – С. 23-28.



6. Позе И.Б. Клинико-психологические предикты неблагоприятного течения агорафобии с паническим расстройством: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / И.Б. Позе. – Москва, 2012. – С. 26.
7. Смулевич А.Б. Эпидемиологическая характеристика больных с тревожно-фобическими расстройствами / А.Б. Смулевич, В.Г. Ротштейн, В.Н. Козырев и др. // Тревога и обсессии. – Москва: МИА, 1998. – С. 54-65.
8. Стаценко О.А. Симптомокомплекс агорафобии с паническим (клиника, динамика, терапия и реабилитация): дисс ... канд. мед. наук / О.А. Стаценко. – Томск, 2011. – С. 208.
9. Стаценко О.А. Патогенетические аспекты динамики агорафобии с паническим расстройством / О.А. Стаценко, Т.И. Иванова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5. – С. 24-28.
10. Стаценко О.А. Клинико-динамические особенности агорафобии с паническим расстройством невротического генеза / О.А. Стаценко, Т.И. Иванова. – Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 27-30.
11. Ташлыков В.А., Ковпак Д.В. Эпидемиология, клиника панического расстройства. [Электронный ресурс] // medbe.ru – URL: <http://medbe.ru/materials/meditsinskaya-psikhologiya/epidemiologiya-klinika-panicheskogo-rastroystva/> (дата обращения: 18.10.17)
12. Perkonig A., Wittshen H.U. Epidemiologie von Angststörungen. // In: Kaster S, Muller H.J., eds. Angst- und Panikerkrankung. Jena: Gustav Fischer Verlag, 1995. P. 137–56.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ:
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ
МОМОТМЕННОГО АЛКОГОЛЯ С СУДОРОГАМИ**

Важенина П.В.

**ФГБОУВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия
Научный руководитель: д. психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Запесоцкая И.В.**

В статье представлен клинический разбор нейропсихологического обследования пациента с синдромом отмены алкоголя с судорогами.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, нейропсихологическое обследование.



CLINICAL CASE: NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF PATIENT WITH ALCOHOL WITHDRAWAL CONVULSIONS

Vazhenina P.V.

The article presents a clinical analysis of the neuropsychological examination of a patient with alcohol withdrawal syndrome with seizures.

Key words: alcohol dependence, neuropsychological examination.

Алкоголизм является распространенным и социально значимым заболеванием. В большинстве экономически развитых стран наблюдается постоянное увеличение потребления спиртных напитков. Распространенность алкоголизма в этих странах составляет от 1 до 10% взрослого населения (данные ВОЗ). Следует отметить позднюю выявляемость алкоголизма. Предполагается, что около 30% больных, нуждающихся в лечении, не выявлены и не состоят на учете. В настоящее время смертность от алкоголизма и непосредственно связанных с ним заболеваний стоят на третьем месте, уступая только смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований. Общая заболеваемость лиц, злоупотребляющих алкоголем, на 30 - 35% больше, а продолжительность жизни больных алкоголизмом на 15-20 лет меньше, чем среди непьющих. Значителен также экономический ущерб, связанный со злоупотреблением алкоголя. [4]

Наиболее высокие показатели распространенности алкоголизмом отмечаются в трудоспособных возрастах от 20 до 39 и от 45 до 59 лет.[2] К основным предрасполагающим факторам обычно относятся сильные стрессовые ситуации, психологические травмы, биологическая предрасположенность человека, неблагоприятная обстановка в семье и на работе, в учебных заведениях и т.д. [5] Употребление алкоголя приводит к нарушению функционирования организма в целом. В большей мере действие алкоголя проявляется на центральной нервной системе, в первую очередь на коре больших полушарий мозга [3]. Хроническое злоупотребление алкоголем в большинстве случаев приводит к развитию когнитивных расстройств различной степени выраженности [1].

Ниже приведен клинический пример пациента с синдромом отмены алкоголя с судорогами F10.31.

Пациент Р., 29 лет проходил нейропсихологическое исследование на базе ОБУЗ «Областная наркологическая больница» с целью определения нарушенных и сохраненных ВПФ.



Из субъективного анамнеза: Разведен, есть сын. Имеет высшее образование по специальности «инженер», по профессии не работал. Работает формовщиком на базе. Черепно-мозговые травмы отсутствуют. Хронические заболевания отсутствуют. Изначально начал выпивать с друзьями, из-за чего часто ссорился с женой. В следствии постоянных ссор жена подала на развод. После развода запои участились.

Из объективного анамнеза: Поступил в отделение первично. Длительность запоев до 2-3 недели. Поступил с синдромом отмены алкоголя с судорогами, шифр F10.31.

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

Праксис: сила и тонус мышц сохранены, простые инструкции выполняет правильно, праксис позы, оральный, кинестетический, символический праксисы сохранены. Реципрокная координация имеет незначительные нарушения, снижен темп выполнения. При исследовании динамического праксиса выявлены следующие нарушения: темп выполнения снижен, наблюдалось сглаживание движений. Пробы выполняет правильно. Предметные действия доступны.

Чувствительная сфера: При исследовании глубокой чувствительности нарушений выявлено не было. Пробы выполняет правильно. Стереогноз сохранен. При исследовании поверхностной чувствительности, выявлено снижение чувствительности в области кистей обеих рук по типу «перчаток», не смог правильно распознать цифры и буквы.

Зрительное восприятие: предметный, буквенный, цифровой, цветовой гнозисы сохранены. Оптико-пространственное восприятие сохранно. Пробы выполняет правильно. При предъявлении портретов писателей, не смог назвать несколько портретов.

Слухо-моторная координация: При исследовании слухового восприятия на момент обследования нарушений не выявлено. Ритм отстукивает правильно в предъявленном темпе.

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

Память: Имеются нарушения в слухоречевой памяти, в методике «10 слов» были получены следующие результаты 3,4,5,5 отсроченное 3 слова.

Внимание: Внимание не устойчиво, при выполнении методики Таблицы «Шульте», часто отвлекался, что приводило к увеличению латентного времени 1.00,1.12,57,1.30,1.17.



Мышление: Понятийное мышление сохранно. Решение арифметических задач доступно. Категориальное мышление: классификацию, исключение лишнего, объединение предметов осуществляется с опорой на конкретно-ситуативные признаки.

Таким образом, на момент исследования реципрокная координация имеет незначительные нарушения, снижен темп выполнения. При исследовании динамического праксиса выявлены следующие нарушения: темп выполнения снижен, наблюдалось сглаживание движений. При исследовании поверхностной чувствительности, выявлено снижение чувствительности в области кистей обеих рук. Наличие незначительных нарушений в лицевом гнозисе. Слухоречевая память снижена. Внимание не устойчиво. Объединение предметов осуществляется с опорой на конкретно-ситуативные признаки.

Литература

1. Андрианова Е.Д. Когнитивные расстройства при алкоголизме/ Е.Д. Андрианова, И.В. Дамулин, Ю.П. Сиволап // Наркология.–2013.– № 6. – С. 79-85
2. Багаев В.И. Алкоголизм: клиника, диагностика, терапия /В.И. Багаев, М.В. Злоказова, Н.Б. Захаров. – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2006. – 89 с.
3. Никитин Ю.И. Нервно-психические заболевания при алкоголизме/ Ю.И. Никитин.– Киев: «Здоровья», 1988. – С. 13
4. Павлова В. Алкоголизм и наркомания с точки зрения психиатрии / В. Павлова // Пока не поздно! – 2013.– № 3 (21-31 января). – С.4.
5. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Янушкевич М.В.Алкогольное поражение нервной системы: систематика, патогенез, подходы к лечению /Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков, М.В. Янушкевич //Наркология.– №2. –2014.– С. 52-57.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ 2-3 СТЕПЕНИ (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Воротынцева Д.А.

**Белгородский государственный университет, г. Белгород, Россия
Научный руководитель: профессор, зав. кафедрой общей и
клинической психологии Разуваева Т.Н.**



В статье представлен нейропсихологический статус младшего школьника с нейросенсорной тугоухостью 2-3 степени, который характеризуется легким нарушением кинестетической основы движений, тоническим нарушением мышц артикуляционного аппарата, значительными недостатками развития функции речи, являющимися закономерным результатом недостаточности аудиальной стимуляции.

Ключевые слова: нейропсихологический статус, нейросенсорная тугоухость, клинический случай, нейропсихологическое обследование.

PECULIARITIES OF THE NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS OF THE YOUNG SCHOOLBOY WITH NEUROSENSORY CARDIOVASTRY OF 2-3 DEGREES (ANALYSIS OF THE CLINICAL CASE)

Vorotyntseva D.A.

Neuropsychological status of the younger schoolboy with sensorineural hearing loss of 2-3 degrees, which is characterized by slight disruption of the kinesthetic basis of movements, tonic disruption of the muscles of the articulatory apparatus, significant deficiencies in the development of the function of speech, which are a natural result of inadequate auditory stimulation, is presented in the article

Key words: neuropsychological status, sensorineural hearing loss, clinical case, neuropsychological examination.

Многообразие неблагоприятных факторов, детерминирующих тугоухость, приводит к широкой статистической распространенности поражений органа слуха у детей и подростков в современном мире. Нейросенсорная тугоухость (НСТ) является одним из достаточно широко распространенных расстройств в неврологической практике [2]. По статистике, на НСТ приходится более 50% из общей суммы всех случаев тугоухости. В процессе роста и развития ребенка с нейросенсорной тугоухостью крайне важным является оказание эффективной психологической и медицинской помощи, т.к. своевременно не выявленное в раннем возрасте нарушение в дальнейшем может быть отягощено задержкой психического развития, что возымеет серьезные последствия в физическом и психологическом здоровье ребенка [1].

Цель данного клинического разбора состоит в представлении нейропсихологического статуса младшего школьника с нейросенсорной тугоухостью 2-3 степени.

В данном материале представлен клинический разбор исследуемого М.



Объективный анамнез: дата рождения – 19.10.2008 (полных 9 лет).
Диагноз по МКБ-10 – Н 90.3.

Нарушений слуха или зрения, алкоголизма, пороков развития, нарушений речи, по словам матери, в семье (с учетом ближайших родственников) не отмечалось. Внутриутробные нарушения развития отсутствуют. Во время родов осуществлялась индукция родовой деятельности. Заболеваний и/или травм на первом году жизни не отмечалось. Диагноз поставлен в возрасте 2 лет 8 месяцев.

Диагностическая схема обследования испытуемого представлена набором нейропсихологических проб. Нейропсихологическое обследование включало изучение профиля латеральной организации мозга с выявлением ведущего полушария (сложение рук в замок, «Поза Наполеона», поза «нога на ногу», «Подзорная труба»), исследование двигательных функций руки (пересчет пальцев, сведение и разведение пальцев), исследование кинестетической и оптико-кинестетической основ построения движения, исследование динамической организации двигательного акта (проба Озерецкого, «Кулак-кольцо», «Кулак-ребро-ладонь», графическая проба «Заборчик»); исследование орального праксиса; изучение высших зрительных функций; исследование импрессивной и экспрессивной речи.

Далее приводятся результаты нейропсихологического исследования пациента.

По профилю латеральной организации мозга испытуемый относится к группе «чистые правши» [4, 5].

В ходе нейропсихологического изучения двигательных функций было выявлено перманентное «отзеркаливание» предъявляемого образца, легкое нарушение кинестетической основы движений (исследуемый не сразу находит нужный набор движений, «перебирает» пальцы). Важно отметить, что обследуемый выполняет пробы только совместно с исследователем, отказывается продолжать выполнять пробу самостоятельно или по инструкции. Проба на воспроизведение графического стереотипа (графическая проба «Заборчик») отмечается быстрая утомляемость при воспроизведении рисунка левой рукой, компенсация дискомфорта размером рисунка. Имело место проявление стереотипий, однако испытуемый сразу же стремился самостоятельно их исправить.

Исследование орального праксиса показало легкое тоническое нарушение, проявившееся в подергивании и дрожании мышц языка, треморе мышц щек при их «надувании».

При изучении высших зрительных функций выявлен недостаток номинативной функции речи, что затруднило проведение исследования. Даже с



подсказкой («что это?», «это дерево?», «покажи дерево») обследуемый не мог выполнить половину предъявляемых инструкций.

При исследовании импрессивной и экспрессивной составляющих речи у ребенка с НСТ 2-3 степени закономерно были выявлены значительные недостатки развития речевой функции. Автоматизированная речь затруднена, воспроизводится только совместно с исследователем. Понимание слов и их значений затруднено крайне бедным словарным запасом. Изучение фонематического слуха оказалось крайне затруднительно, отмечались персеверации и редко – отказ от выполнения инструкции. Понимание слов и простых предложений затруднены, так же ослаблено их удержание. Понимание логико-грамматических структур практически отсутствует. Инструкции выполняются исключительно при личном примере исследователя и совместно с ним.

В рамках исследования экспрессивной речи отмечается сохранность отраженной (повторной) речи, периодическая эхолалия. Слабость номинативной функции ввиду малого словарного запаса. Исследование самостоятельной продуктивной повествовательной речи представляется невозможным.

Навык чтения присутствует, однако затруднено артикуляционное воспроизведение текста. Речь прерывистая, преимущественно «рычащая».

В ходе исследования функции речи отмечается быстрая утомляемость, непосредственно зависящая от сложности пробы (чем сложнее проба, тем короче интервал ее выполнения).

Таким образом, анализ клинического случая младшего школьника с нейросенсорной тугоухостью 2-3 степени выявил наличие легкого нарушения кинестетической основы движений, тоническое нарушение мышц артикуляционного аппарата, значительные недостатки развития функции речи, являющиеся закономерным результатом недостаточности аудиальной стимуляции.

Все выявленные нарушения получают полученную ранее информацию о том, что несвоевременно продиагностированная или же подвергающаяся недостаточной коррекции НСТ может поспособствовать возникновению серьезных последствий в физическом и психологическом здоровье ребенка.

Литература

1. Васильева Л.Д. Подготовка детей раннего возраста к исследованию слуха: мат. конф. «Современные вопросы диагностики и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой» / Л.Д. Васильева. – Суздаль. – 2006. – С. 123-124.



2. Гафиятуллина Г.Ш. Патогенетические особенности физического и психофизиологического развития слабослышащих детей // Г.Ш. Гафиятуллина, Е.В. Трофимова // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – №1. – С. 11-14.

3. Глозман Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных /Ж.М. Глозман. – М.: Смысл. – 2012. – 264 с.

4. Глозман Ж.М. Нейропсихологическая диагностика детей школьного возраста / Ж.М. Глозман, А.Е. Соболева. – М.: Смысл. – 2013. – 166 с.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ПАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Григоренко К.Э.

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

**Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры психиатрии и
психосоматики Пастух И.А.**

В настоящее время вопрос панических расстройств чаще рассматривается в коморбидности с другими заболеваниями: агорафобией, депрессией, генерализованной тревогой, социальной фобией, алкогольной зависимостью, злоупотреблением лекарственными средствами, личностными расстройствами. В статье приведены результаты исследования больных коморбиним паническим расстройством и алкогольной зависимостью.

Ключевые слова: коморбидность, паническое расстройство, алкогольная зависимость, личностные особенности.

PERSONALITY TRAITS OF PATIENTS WITH COMORBID PANIC DISORDER AND ALCOHOL DEPENDENCE

Grigorenko K. E.

Currently, the question of panic disorder often seen in comorbidity with other disorders: agoraphobia, depression, generalized anxiety, social phobia, alcohol dependence, prescription drug abuse, personality disorders. In article results of research of patients by comorbid panic disorder, and alcohol dependence.



Keywords: comorbidity, panic disorder, alcohol dependence, personality characteristics.

На данный момент коморбидность широко представлена среди больных, госпитализированных в многопрофильные стационары. На этапе первичной медицинской помощи пациенты с наличием одновременно нескольких заболеваний являются скорее правилом, чем исключением [7]. На основании имеющихся клинических и научных данных можно сделать вывод, что коморбидности присущ спектр несомненных свойств, характеризующих её, как неоднородное, часто встречающееся явление, которое увеличивает тяжесть состояния и ухудшает прогноз больных [4,5,9,10]. Наиболее часто затрагивается тема коморбидности в клинике панических расстройств. Основным проявлением панического расстройства (ПР) являются повторяющиеся пароксизмы тревоги (панические атаки) [1,3]. Паническая атака (ПА) представляет собой резко возникающий, необъяснимый, мучительный для больного приступ страха (страх смерти, потери контроля над собой, сумасшествия) или тревоги в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами – ощущение удушья, тахикардия, дискомфорт в левой половине груди, головокружение, волны жара/холода [1,4,6]. Почти половина больных ПР в анамнезе злоупотребляли алкоголем, из-за чего усложняется диагностика ПР в коморбидности с АЗ, так как трудно установить, что появляется первым паническое расстройство или алкоголизм [2,8,11]. При чем сопряженность ПР и алкоголизма ухудшает прогноз и значительно повышает риск возникновения рецидивов.

Таким образом, коморбидность приводит к возрастанию тяжести психопатологических симптомов и расстройств личности, усложняет диагностику и выявление дебита панического расстройства.

Цель данной работы – изучить проявления личностных особенностей больных коморбидными паническими расстройствами и алкогольной зависимостью.

В исследовании приняли участие 30 человек, средний возраст, которых составляет - $30,5 \pm 2,6$ лет, находящихся на лечении в ОБУЗ «Областная наркологическая больница» комитета здравоохранения Курской области, длительность заболевания на момент исследования - 5 ± 2 года. Исследуемые были поделены на две группы: основная и контрольная: больные с паническим расстройством – контрольная (15 человек - 50%); больные с паническим расстройством с коморбидностью (алкогольная зависимость) – основная (15 человек – 50%). Для анализа личностных особенностей нами использовались: клиничко-психологическая диагностическая беседа, тест-опросник «Мини-мульт»; «Личностный опросник Г.Ю. Айзенка (MPI)»; «Шкала реактивной



(ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера–Ю.Л. Ханина», «Методика изучения уровня притязаний и самооценки Дембо-Рубинштейн» и статистический пакет STATISTICA 6.0, непараметрический критерий U Манна-Уитни.

Полученные результаты свидетельствуют о различиях в личностном профиле больных основной и контрольной группы.

Анализ полученных результатов по методике «Мини-мульти» обнаружил статистически достоверные (значимые) различия ($p \leq 0,05$) ряда шкал у больных ОГ в сравнении с КГ: «ипохондрия» ($n=10\%$, $p\text{-level}=0,0191$), «депрессия» ($n=11\%$, $p\text{-level}=0,0233$), «истерия» ($n=10\%$, $p\text{-level}=0,0283$), «психастения» ($n=19\%$, $p\text{-level}=0,0113$). У больных с ПР и коморбидной алкогольной зависимостью в личностном профиле происходит изменение черты личности, свойственные пациентам с алкогольной зависимостью: специфика алкогольного заболевания, образует стойкий эмоциональный комплекс, наибольшая эмоциональная значимость связана с соматическим состоянием, преобладание пессимизма и неудовлетворенности, эмоциональной лабильности, страха за свое состояние, тревоги, неуверенность в будущем.

При интерпретации данных полученных методикой «Личностный опросник Г.Ю. Айзенка» (MPI), проводимой в основной и контрольной группе больных были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) по шкале экстраверсия-интроверсия ($n=10\%$, $p\text{-level}=0,008408$). Для больных ОГ характерно преобладание «истиной экстраверсии», что свидетельствует о импульсивности, вспыльчивости, агрессивности. Обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) по шкале «Нейротизм», что свидетельствует о их эмоциональной неустойчивости, сопровождающаяся низкими адаптивными способностями, стрессоустойчивости.

При интерпретации данных полученных методикой «Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера–Ю.Л. Ханина», были выявлены статистически достоверные (значимые) различия ($p \leq 0,05$) по шкале «Личностной тревожности» ($n=11\%$, $p\text{-level}=0,0226$), что дает основание предполагать, что больные обнаруживают высокий уровень личностной тревожности в сравнении с пациентами КГ.

При интерпретации результатов «Методики изучения уровня притязаний и самооценки Дембо-Рубинштейн», проводимой в ОГ и КГ были выявлены статистически достоверные (значимые) различия ($p \leq 0,05$) по шкале «Самооценка» ($n=11\%$, $p\text{-level}=0,0201$), что дает основание предполагать, что больные, имеющие в анамнезе алкогольную зависимость, имеют более высокую самооценку, что может свидетельствовать о неадекватной оценке своих возможностей.



Полученные данные носят предварительный характер и отражают состояние личностного профиля пациентов ОГ и КГ. В дальнейшем будет произведено разделение пациентов ОГ на подгруппы в соответствии с механизмами коморбидности.

Литература

1. Бобров А.Е. Дифференцированная клинико-психологическая оценка больных с различными вариантами тревожных расстройств / А.Е. Бобров, Е.В. Файзрахманова, А.К. Гомозова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – №3. – Т. 21. – С. 43-48.
2. Варфоломеева Ю.Е. Тревожные состояния в клинике алкоголизма / Ю.Е. Варфоломеева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 78-82.
3. Коваленко А.Ю. Клинические проявления панических расстройств, сочетающихся с алкогольной зависимостью / А.Ю.Коваленко, Н.А.Бохан, А.В.Погосов, И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – №6. – С. 34-37.
4. Лаврова Н.М. Сравнительный анализ клинических и психологических особенностей пациентов с сочетанной алкогольно-невротической патологией / Н.М. Лаврова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. –2005. – № 4. – С. 17-21.
5. Ли К.В. Некоторые аспекты коморбидности ПТСР и алкогольной зависимости / К.В. Ли, М.Ю. Наров// XIV съезд психиатров России (15-18 ноября, 2005 г., г. Москва). – М., 2005. – С. 353.
6. Омельченко С.В. Клиника и лечение алкоголизма с коморбиднымисоматоформными расстройствами / С.В. Омельченко // Научно-практический журнал Архив психиатрии. 2002. Т. 3, № 30. С. 200.
7. Погосова И.А. Особенности клинических проявлений панических расстройств при различных вариантах патологии сочетания с коморбидной патологией / И.А. Погосова //Российский психиатрический журнал. – 2012.– № 6. – С. 44.
8. Погосов. А.В. Развитие взгляда на проблему коморбидных расстройств в психиатрии и наркологии (обзор литературы / А.В. Погосов, И.А. Погосова, А.Ю. Коваленко, С.А. Борисов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 103-109.
9. Погосов. А.В. О коморбидности алкогольной зависимости и панических расстройств / А.В. Погосов, И.А. Погосова, А.Ю. Коваленко // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2005. – №2. – С. 75.



10. Нургазина А.К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «Коморбидность» и «Полиморбидность» / А.К. Нургазина. Казанский медицинский журнал. – 2014. – №2. – С. 7-12.

11. Kushner, M. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings / M. Kushner, K. Abrams, C. Borhardt // Clin. Psychol. Rev. 2000. – Vol. 20, № 2. – P. 141-141.

ОСОБЕННОСТИ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ГНОЗИСА У ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Данилина В. О., Щукина Я. В.

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

**Научный руководитель: к. психол.н., старший преподаватель кафедры
психологии здоровья и коррекционной психологии Кузнецова А.А.**

В статье представлены особенности пространственного гнозиса у подростков с умственной отсталостью. Пространственный гнозис у подростков с умственной отсталостью будет характеризоваться: примитивностью предметных рисунков, отсутствием целостных образов предметов, чрезвычайной бедностью деталей, искажением строения предметов, искажением формы, нарушением пропорции и пространственного соотношения частей, отсутствием сюжетного рисования.

Ключевые слова: умственная отсталость, пространственный гнозис, нейропсихология.

FEATURES OF SPATIAL GNOSIS IN ADOLESCENTS WITH MENTAL RETARDATION

Danilina V.O., Shchukina V.V.

The article presents the features of spatial gnosis in adolescents with mental retardation. Spatial gnosis in adolescents with mental retardation will be characterized by: the primitive subject of drawings, lack of holistic images of objects, lack of holistic images of objects, extreme poverty of detail, the distortion of the structure of objects, distortion of shape, violation of the proportion and spatial relationship of parts, the lack of plot drawing.

Key words: mental retardation, spatial gnosis, neuropsychology.



Пространственное восприятие – образное отражение пространственных характеристик внешнего мира – восприятие величины и формы предметов, их взаимного расположения [1, 2]

Целостность ощущений и восприятия зависит от деятельности всех звеньев анализатора - рецепторной, что переводит физическую энергию раздражений в энергию нервных импульсов, проводящей и центральной, которая осуществляет проработку информации. Рецепторы у детей-олигофренов могут быть невредимыми, однако через диффузное повреждение коры головного мозга нарушенной оказывается центральная часть всех анализаторов. Поэтому все виды ощущений при олигофрении характеризуются замедленностью, диффузностью, недифференцированностью вследствие снижения подвижности.

Факторами, тормозящими развитие пространственных представлений у умственно отсталых детей, являются нарушения в фиксации взора, затруднения в зрительных поисках заданного объекта, недоразвитие мелкой моторики.

Известно, что в основе познания окружающего мира лежит предметная деятельность. Именно овладение предметными действиями способствует познанию пространственных свойств предметов и их пространственных отношений.

В восприятии пространства различают отображение пространственных отношений собственного тела, пространства как такового и проекции пространства на плоскость.

Неловкость и недостаточная координация движений, трудности овладения предметными действиями, общее недоразвитие вещания, свойственные детям-олигофренам, негативно отражаются на формировании восприятия и умения ориентироваться в пространстве. [4]

Теоритические предпосылки: Изучению уровня развития пространственного восприятия и пространственных представлений у умственно отсталых (УО) детей посвящено значительное количество исследований (К.И. Вересотская, Т.Н. Головина, Л.В. Занков, М.М. Нудельман, И.М. Соловьев, Ж.И. Шиф и др.). Отмечается, что недостаточная связь между отдельными анализаторами, свойственная умственной отсталости [5, 6], приводит к затруднениям в овладении пространственными представлениями (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия).

В работах С.С. Корсакова мы находим указание на то, что развитие восприятия пространства и пространственных представлений у умственно отсталых детей происходит в условиях неполноценной корковой деятельности [4].

Быстрое угасание ориентировочного рефлекса у этих детей, затрудняющее, замедляющее и тормозящее становление пространственного



восприятия, установлено исследованиями О.С. Виноградовой и Н.П. Парамоновой.

Трудности восприятия умственно отсталыми детьми формы (формораспознавание), выделения фигуры из фона, связанные с недоразвитием зрительного восприятия, отмечены некоторыми зарубежными исследователями (Н. Werner и А. Strauss, 1941; D. Ritter и J. Ysseldyke, 1976). Ими установлено, что умственно отсталые дети обращают внимание на мелкие незначительные детали, не замечая основных, образующих форму, элементов. Их отличает бедность, нечеткость и фрагментарность восприятия [4].

Умственно отсталым детям свойственны значительная замедленность и существенные качественные отклонения в развитии моторики и зрительно-двигательной координации (Р.Д. Бабенкова, Н.П. Вайзман, Т.Н. Головина, Б.И. Пинский, В. Stratford, СЮ. Юровский и др.).

Факторами, тормозящими развитие пространственных представлений у умственно отсталых детей, являются нарушения в фиксации взора, затруднения в зрительных поисках заданного объекта, недоразвитие мелкой моторики.

Э.С. Бейн отмечает недостаточную константность восприятия величины у умственно отсталых детей, что затрудняет их ориентировку в пространственном расположении предметов.

Умственно отсталые дети не в состоянии воспринимать совокупность предметов во всем богатстве признаков и пространственных отношений. С.Я. Рубинштейн, И.М. Соловьев, В. Stratford показывают, что этим детям анализ пространственных признаков отдельных предметов (форма, величина) удастся несколько легче, чем восприятие нового пространственного качества, возникающего в группе предметов, а при обзрении действительности такие дети плохо усматривают связи и отношения между объектами [3].

Установлено, что только под влиянием правильно организованного обучения и воспитания этих детей происходит дальнейшее развитие и совершенствование процессов восприятия и осмысления пространства (Л.С. Выготский, А.П. Гозова, Т.Н. Головина, Г.М. Дульнев, Н.Г. Морозова, В.Г. Петрова и др.).

Цель исследования – выявить особенности пространственного гнозиса у подростков с умственной отсталостью.

Объект исследования – подростки с умственной отсталостью.

Предмет исследования – особенности пространственного гнозиса.

Гипотеза – пространственный гнозис у подростков с умственной отсталостью будет характеризоваться: примитивностью предметных рисунков, отсутствием целостных образов предметов, чрезвычайной бедностью деталей, искажением строения предметов, искажением формы, нарушением пропорции и пространственного соотношения частей, отсутствием сюжетного рисования.



Выборку данного исследования представили дети подросткового возраста с диагнозом умственная отсталость ($n=15$) и дети подросткового возраста с нормой развития.

Нами были проведены пробы: проба «Рея – Остеррица», проба «Дом».

Перед нами стоит задача сравнить экспериментальную и контрольную группы. Группы несвязанные, значения находятся в порядковой шкале, следовательно мы используем критерий U Манна-Уитни, для сравнения групп с нормой, разработанной Леонтьевым Д.А. (Сидоренко Е.В., 2002). Обработка данных осуществлялась с помощью методов математической статистики. Для компьютерной обработки результатов применялся статистический пакет «Статистика» («STATISTICA 6.0»).

В результате проведенного исследования были установлены следующие результаты.

Сравнение полученных результатов двух независимых выборок, подростки с умственной отсталостью и подростки с нормой развития, по U-критерию Манна-Уитни выявило, что $p = 0,000015$. Данный показатель говорит о том, что Uэмп находится в зоне значимости, то есть подростки с нормой развития справились с методикой, а подростки с умственной отсталостью испытывали сложности в копировании изображения, изображая дом в искаженной форме, либо не включая в свой рисунок детали.

Проведя статистический анализ критериев, полученных в методике «фигура Рея – Остеррица», нами были получены результаты $p=0,000003$, свидетельствующие о значимости полученных результатов. Это говорит о том, что дети имеющие диагноз умственная отсталость испытывают сложности функционирования произвольного внимания, пространственного восприятия и сенсомоторной координации. А подростки с нормой развития продуктивно справляются с данной методикой.

Таким образом, выдвинутая гипотеза была подтверждена. Нами были обнаружены статистически значимые различия в уровне пространственного гнозиса у подростков с умственной отсталостью и подростков не имеющих нарушений в развитии. Пространственный гнозис у подростков с умственной отсталостью характеризуется: примитивностью предметных рисунков, отсутствием целостных образов предметов, чрезвычайной бедностью деталей, искажением строения предметов, искажением формы, нарушением пропорции и пространственного соотношения частей, отсутствием сюжетного рисования.

Литература:

1. Голубятникова В.И. Основные подходы к диагностике нарушений речи и других высших психических функций в структуре помощи больным с острым



нарушением мозгового кровообращения /В.И. Голубятникова, А.А. Кузнецова //Коллекция гуманитарных исследований. 2017. № 1 (4). С. 54-59.

2. Ислямова Э.Э. Особенности восприятия детей с умственной отсталостью / Молодая наука. – 2016. – С. 350-352.

3. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков /Д.Н. Исаев / Речь. – 2007. – С. 105-106 .

4. Катерисова Е.А. Психофизиологическое и физическое развитие детей с умственной отсталостью/Е.А. Катерисова, С.А. Шустова / Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – № 11-5.– С. 44-46.

5. Меликян З.А. Состояние зрительно-пространственных функций у детей в норме и с задержкой психического развития /З.А. Меликян //Школа здоровья. – 2002.

6. Самсоненко А.Е. Особенности восприятия детей с умственной отсталостью в процессе изобразительной деятельности /А.Е. Самсоненко, В.Э. Болдырева / Под общей редакцией И.В. Андрусёвой. – 2017. – С. 154-156.

7. Никишина В.Б. Психологическая реабилитация как системообразующий фактор в работе с детьми с нарушениями в развитии /В.Б. Никишина // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2004. – № 1. – С. 69-72.

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Емельянова А.С.

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

**Научный руководитель: к. психол.н., старший преподаватель кафедры
психологии здоровья и коррекционной психологии Кузнецова А.А.**

В статье представлены результаты эмпирического исследования динамики процесса адаптации первоклассника к условиям обучения. Постепенный переход к адекватному уровню самооценки. К концу 1 года обучения выявлена тенденция к формированию адекватного уровня самооценки своего состояния. Малая часть детей испытывают негативные эмоции, тревожность, связанные с обучением в школе.

Ключевые слова: младший школьный возраст, адаптация, психолого-педагогическая адаптация, самооценка.



THE PROBLEM OF PSYCHO-PEDAGOGICAL ADAPTATION OF CHILDREN OF YOUNGER SCHOOL AGE

Yemelyanova A. S.

The article presents the results of an empirical study of the dynamics of the process of adaptation of first-graders to the learning environment. a gradual transition to adequate levels of self-esteem. By the end of 1 year of study revealed a tendency to the formation of an adequate level of self-assessment of your condition. A small fraction of children experiencing negative emotions, anxiety associated with learning in school.

Key words: primary school age, adaptation, and psychological adaptation, self-esteem.

Младший школьный возраст в современной периодизации психического развития охватывает период от 6-7 до 10-11 лет. В этом возрасте происходит смена образа и стиля жизни: новые требования, новая социальная роль, принципиально новый вид деятельности - учение. В школе ребенок приобретает не только новые знания и умения, но и новый социальный статус и роль. При поступлении в школу у ребенка меняются интересы, ценности, меняется восприятие своего места в системе отношений и весь уклад жизни.

Проблема адаптации, будучи междисциплинарной, занимает большое место в исследованиях отечественных и зарубежных психологов. Несмотря на многочисленные исследования адаптации, остается еще очень много белых пятен в понимании сущности, видов и структуры этого феномена, а также факторов его определяющих.

Начальный период обучения ребенка в школе тесно связан с перестройкой всего его образа жизни и деятельности. Наблюдение физиологов, психологов и педагогов показывают, что среди первоклассников есть дети, которые в силу индивидуальных психофизиологических особенностей трудно адаптируются к новым для них условиям, лишь частично справляются или не справляются вовсе с режимом работы и/или учебной программой. При традиционной системе обучения из этих детей, как правило, формируются отстающие и, так называемые, второгодники.

Дети, наряду с переполняющими их чувствами радости, гордости или удивления по поводу всего происходящего в школе, испытывают тревогу, растерянность, напряжение. Поэтому начало школьного обучения является для каждого ребенка сильным стрессом.

На успешную адаптацию младших школьников влияют различные факторы: физическое и психическое здоровье, уровень готовности к школе. Немаловажную роль в этом трудном процессе играют семья и учитель.



Возраст 6-7 лет в жизни ребенка, по мнению отечественных психологов Л.В. Выготского, Л.И. Божович, Л.И. Поливанова, Д.Б.Эльконина, - рубежный, кризисный период в развитии личности как в социальном, так и в психологическом плане [1]. Поэтому в отечественной прикладной психологии ведется активный поиск средств выявления особенностей принятия ребенком своего возрастного статуса.

Переживания по поводу изменений своего возрастного статуса является прямым следствием перестройки социальной ситуации его развития в этот период, его объективных и субъективных характеристик [3]. Объективная составляющая статуса связана с реальными изменениями, происходящими в жизни ребенка, - общество в лице школы и семьи ожидают от него нового отношения к новому виду деятельности (учебной), и к себе. Если ребенок не готов к социальной позиции школьника, то даже при наличии у него необходимого запаса умений, навыков и уровня интеллектуального развития ему трудно в школе. Ведь не всегда высокий уровень интеллектуального развития совпадает с личностной готовностью ребенка к школе.

К сожалению, традиционная система образования не способна сегодня в полной мере обеспечить соответствующий уровень развития и для детей, обладающих психофизиологическими и интеллектуальными возможностями для обучения и развития на более высоком уровне сложности.

Ребенок, поступающий в школу, должен быть зрелым в физиологическом и социальном отношении, достичь определенного уровня умственного и эмоционально-волевого развития. Учебная деятельность требует определенного запаса знаний об окружающем мире, сформированности элементарных понятий, уметь обобщать и дифференцировать предметы и явления окружающего мира, уметь планировать свою деятельность и осуществлять самоконтроль [2].

В последнее время все больше внимания уделяется развитию личности ребенка, его моральному и психическому благополучию, подготовке к школьному обучению и адаптации к школе.

Актуальность исследования обусловлена тем переход к школьному обучению коренным образом изменяет весь образ жизни ребенка, так как в этот период в его жизнь входит учение, деятельность, требующая систематического организованного труда. Эта деятельность ставит перед ребенком задачу последовательного, преднамеренного усвоения всех получаемых знаний. Ребенку предъявляется новая система требований и связанные с ней новые обязанности, которые важны не только для него самого, но и для общества.

Целью исследования явилось изучение особенностей адаптации детей к обучению в школе. Предмет исследования: особенности познавательной,



мотивационной, эмоциональной сфер, характеризующие процесс школьной адаптации детей младшего школьного возраста.

Исследование социально-психологической адаптации младших школьников к процессу обучения в школе осуществлялось нами на базе МБОУ «Гимназия №44» города Курска у учащихся 1-го класса. Психодиагностика проведена в начале и в конце учебного года для выявления динамики изменений исследуемых критериев.

В начале работы мы использовали методику «Лесенка», которая позволяет определить уровень самооценки у ребенка, выявить особенности психолого-педагогического статуса каждого первоклассника с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих у них в процессе школьной адаптации (проблемы обучения, общения и психических состояний и т.д.).

Анализируя полученные нами результаты исследования в начале учебного года по данной методике, можно сделать следующий вывод о том, что у 13 учеников (61, 6%) самооценка завышенная. Она чаще всего присуща первоклассниками является для них нормой в связи с их возрастными особенностями. У 7 первоклассников (33, 3%) наблюдается адекватная самооценка, которая говорит о том, что они могут оценивать адекватно свои действия и поступки, объяснять свой выбор. Только у одного из учащихся (4, 76%) отмечается тенденция к снижению самооценки.

В конце учебного года показатели по данному критерию несколько изменились: 13 (61,9%) человек имеют завышенную самооценку, а адекватную – 8 (38, 09%). Можно отметить постепенный переход к адекватному уровню самооценки. Они начинают адекватно оценивать свои действия, аргументировать свой выбор или свою позицию. Это является ожидаемым проявлением к концу 1-го класса.

Также проведено анкетирование опросником «Хорошо ли ребенку в школе?», направленной на определение уровня удовлетворенности детей отношениями в школе или нет.

В начале года у 6 (28, 6%) учеников имелись проблемы, которые характеризовали тревожность, связанную с учебным процессом. Причиной этому могла послужить смена социальной ситуации у ребенка, являлось естественной для данного периода обучения. Два (9, 52%) ребенка имели так же проблемы, связанные с состоянием здоровья или самочувствия, что соотносится с повышением тревожности, связанной с учебной деятельностью. У большинства опрошенных ни в одной сфере выявлено наличия проблем.

К концу года у 7 (33, 3%) учеников были проблемы, связанные с учебным процессом, проблемы со здоровьем, самочувствием имел лишь 1 (4, 76%) ребенок, что соотносится с результатами динамики уровня самооценки.



По результатам исследований выявлено, что лишь малая часть детей испытывают негативные эмоции, тревожность, связанные с обучением в школе. Большая часть детей готова к учебному процессу.

Педагоги и психологи должны помнить о создании условий для адаптации и последующего полноценного развития младшего школьника. Они вместе должны помогать ребенку пройти один из сложных этапов его жизни. Для гармоничного и правильного развития самооценки у детей в классе учитель должен приложить свои максимальные усилия [4].

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. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды / Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.; В.: Ин-т практической психологии, 1995. – С. 227 – 244.
2. Моренко И.М., Кузнецова А.А. Отношение к академической оценке детей младшего школьного возраста // Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал. The Collection of Humanitarian Researches. Electronic scientific journal N 2 (5) 2017.- С.50-57
3. Никишина В.Б. Диагностика индивидуально-типологических особенностей детей с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивности: результаты исследования // Социальная политика и социология. 2013. № 4-2 (97). С. 142-154.
4. Никишина В.Б. Методика исследования редукции достижений в условиях педагогической деятельности (СОПД): методология и технология стандартизации / В.Б.Никишина, А.А.Кузнецова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки.- 2014.- Т. 24.- № 26 (197).- С. 154-161.



ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ СЕМЕЙНЫМ СТАТУСОМ

Захарова В.А.

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

**Научный руководитель: к. психол.н., ст.преподаватель кафедры
общей и клинической психологии Блюм А.И.**

В данной статье рассмотрен теоретический обзор феномена материнства, а именно представлены: определение категории «психологическая готовность к материнству», структура психологической готовности к материнству, факторы формирования психологической готовности к материнству, в частности семейный статус беременной женщины.

Ключевые слова: материнство, психологическая готовность к материнству, отношение к ребенку, стиль материнского поведения, сформированность материнской сферы.

FEATURES PSYCHOLOGICAL READINESS FOR MOTHERHOOD IN PREGNANT WOMEN WITH DIFFERENT MARITAL STATUS

Zakharova V.A.

The theoretical review of a phenomenon of motherhood is considered, namely are presented in this article: determination of category «psychological readiness for motherhood», structure of psychological readiness for motherhood, factors of formation of psychological readiness for motherhood, in particular marital status of the pregnant woman.

Keywords: motherhood, psychological readiness for motherhood, attitude towards the child, style of maternal behavior, formation of the maternal sphere.

Острота демографических проблем, связанных с падением рождаемости в нашей стране, ухудшение здоровья людей репродуктивного возраста, огромное число распадающихся семей, увеличение числа социального сиротства, всё это указывает на актуальность изучения психологии материнства, а именно изучение психологической готовности к материнству. Данную проблему также



усугубляет и тот факт, что указанные негативные проявления осуществляются на фоне изменения семейных стереотипов и ценностей, трансформации традиционных стереотипов репродуктивного поведения, изменения паттернов семейных отношений.

В настоящее время существует множество различных подходов к определению понятия готовности к материнству. Так, С. Ю. Мещерякова рассматривает этот концепт как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъектно-субъектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку. Такая позиция в определении готовности к материнству объясняется предположением С. Ю. Мещеряковой о том, что субъектное отношение к будущему ребенку проецируется в стиль материнского поведения и тем самым обеспечивает наиболее благоприятные условия для психического развития младенца[5].

Большинство авторов, исследовавших данный вопрос (Г. Г. Филиппова, В. И. Брутман, А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова, О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл, С.Ю. Мещерякова, В.С. Мухина) считают, что готовность к материнству формируется на протяжении всей жизни женщины. На этот процесс влияют как биологические, так и социальные факторы, поскольку готовность к материнству имеет, с одной стороны, мощную инстинктивную основу и, с другой стороны, выступает как личностное образование, в котором отражается весь предыдущий опыт ее взаимоотношений со своими родителями, сверстниками, мужем и другими людьми.

Изучение психологической готовности к материнству позволило различным авторам выделить в ее структуре различные составляющие.

Так Г.Г. Филиппова выделяет пять основных блоков в структуре готовности к материнству: личностная готовность, адекватная модель родительства, мотивационная готовность, сформированность материнской компетентности, сформированность материнской сферы [6].

Е.В. Матвеева определяет психологическую готовность к материнству, как специфическое личностное образование, включающее в себя три блока готовности: потребностно-мотивационный блок; когнитивно-операционный блок и блок социально-личностной готовности к материнству [4].

В нашем исследовании под психологической готовностью к материнству мы понимаем структурное образование, состоящее из 4 взаимодействующих компонентов таких как: ценностно-смысловой, эмоциональный, мотивационно-потребностный, поведенческий. И в зависимости от сформированности этих компонентов мы будем говорить об особенностях психологической готовности к материнству. Мы предполагаем, что система значимых отношений в период беременности, а именно – отношения с мужем влияют на данный конструкт.



Бертин писал, что «отношение к жене, к ее беременности и к ожидаемому ребенку – важнейшие факторы, формирующие у этого ребенка ощущение счастья и силы, которое передается ему через уверенную в себе и спокойную мать» [1].

Многие авторы отмечают важность того, на какой стадии развития семьи, произошло зачатие. Выделяются более и менее благополучные периоды для зачатия ребенка [3]. Т. Верни отмечает, что женщины, чьи мужья общались с ребенком в период беременности, отмечали большую уверенность в своем статусе матери, что, как показали более поздние исследования, – важный фактор, влияющий на развитие ребенка в перинатальный период [2].

Таким образом, мы можем говорить о том, что на формирование готовности женщины к принятию новой социальной роли матери влияет огромное количество сложно взаимодействующих факторов, изменяющих и тем самым подготавливающих сознание и самосознание будущей матери к приему ребенка еще задолго до его рождения, и ее значение для последующего развития ребенка невозможно переоценить.

Литература

1. Бертин А. Воспитание в утробе матери, или Рассказ об упущенных возможностях /А. Бертин. – М., 1992.
2. Верни Т. Тайная жизнь ребенка до рождения /Т. Верни. – М., 1994
3. Добряков И.В. Особенности течения перинатального периода и психомоторное развитие младенца в зависимости от типа психологического компонента гестационной доминанты /И.В. Добряков // Психическое здоровье. – 2010. – № 12. – С. 13–18.
4. Матвеева Е.В. Анализ материнства с позиции теории деятельности /Е.В. Матвеева. –К.: ВГГУ, 2004.
5. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству /С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. –2000.–№ 5. – С. 18–27.
6. Филиппова Г.Г. Психологическая готовность к материнству / Г.Г. Филиппова // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А. Н. Васина. – М., 2005.



ОБРАЗ ВРАЧА ОТ ПРОШЛОГО В СОВРЕМЕННОСТЬ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ

Звягинцева О.И., Куровская С.А.

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

**Научный руководитель: к. психол.н., старший преподаватель кафедры
психологии здоровья и коррекционной психологии Кузнецова А.А.**

В статье представлены результаты эмпирического исследования по выявлению образа-представления студентами, будущими медиками, врача в прошлом, настоящем, с формированием идеального образа врача. Врача в прошлом – ответственный, добрый, вежливый, современный образ врача современности - уверенный в себе с высоким уровнем медицинских знаний, ответственный и эрудированный. Чтобы стать идеальным врачом в современном обществе необязательно обладать повышенным чувством жалости и сострадания, а главное - уметь правильно пользоваться знаниями, полученными в процессе обучения.

Ключевые слова: образ-представление, образ врача, медицинское образование

THE IMAGE OF A DOCTOR FROM THE PAST INTO THE PRESENT THROUGH THE EYES OF STUDENTS

Zvyagintsev O. I., Kurowski S. A.

The article presents the results of an empirical study to identify the image representations of the students, future doctors, doctors in the past, the present, shaping the perfect image of a doctor. The doctor in the past responsible, kind, polite, modern way of the doctor - confident with a high level of medical knowledge, responsible and knowledgeable. To become the perfect doctor in modern society not necessarily have a heightened sense of pity and compassion, and most importantly - be able to properly use the knowledge gained in the learning process.

Keywords: image representation, medical image, medical education

Социальные стереотипы, социальные установки - это то, с чем мы сейчас сталкиваемся в обычной жизни, с чем в будущем столкнемся в профессиональной деятельности. Задаем себе вопрос: «Образ врача в современном мире стал иным, нежели он был ранее?». На этот вопрос нет



однозначного ответа. Существует достаточно большой объем научных статей, посвященных состояниям врача [1, 2] образу врача, но не в аспекте динамики его трансформации или историческом, а, например, образ врача в кинематографе или в изобразительном искусстве, или в художественных произведениях. Несмотря на обилие литературы о профессии врача в современном обществе, еще нет четкой картины каким все - таки является врач современности. Какой же образ врача?

Считается, что в прошлом врач обладал более обширными знаниями и меньшим стремлением к деньгам, чем это происходит на данный момент, поэтому целью нашего исследования является выявление образа врача в прошлом и настоящем, а также его «идеальный» образ глазами студентов.

Участниками опроса выступили 44 студента 2 курса лечебного факультета в возрасте от 18 до 20 лет. В анкете было предложено ранжировать различные качества в зависимости от эпохи врача и его «идеального образа».

Задачами данного исследования является: провести эмпирическое исследование по выявлению образа врача; осуществить анализ результатов, полученных в результате анкетирования.

Первичная обработка данных позволила выявить следующие важные качества в образе врача в прошлом: на первом месте стоит ответственность, на втором – доброта, а на третьем месте – вежливость, последнее место студенты отдали умению подбодрить пациента, этому качеству досталось 15 место (рисунок 1).

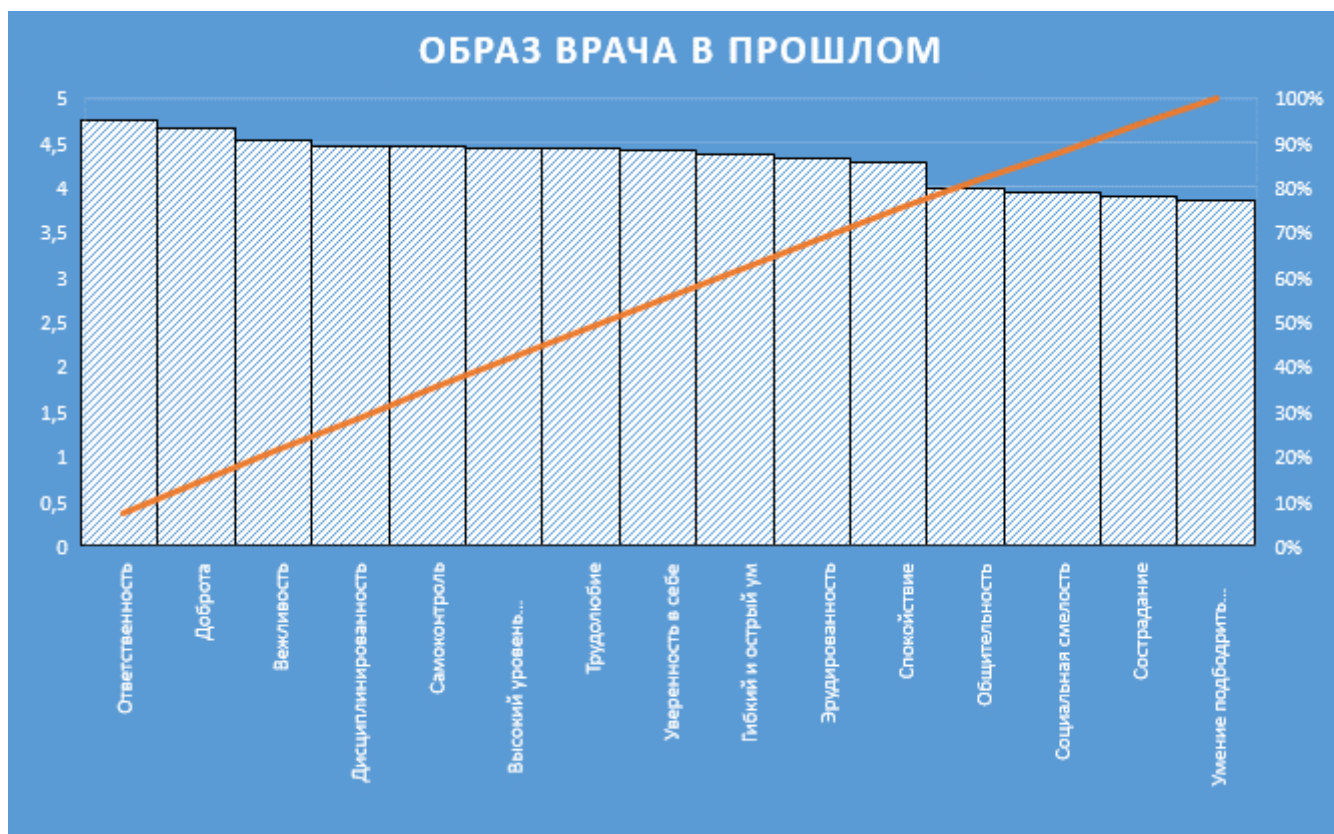


Рис. 1. Образ врача в прошлом

Современному образу врача, по мнению студентов, присуща уверенность в себе – первое место, высокий уровень медицинских знаний – второе место, а вот третье место делят такие качества, как ответственность и эрудированность, последнее место отдали состраданию – 15 место (рисунок 2).

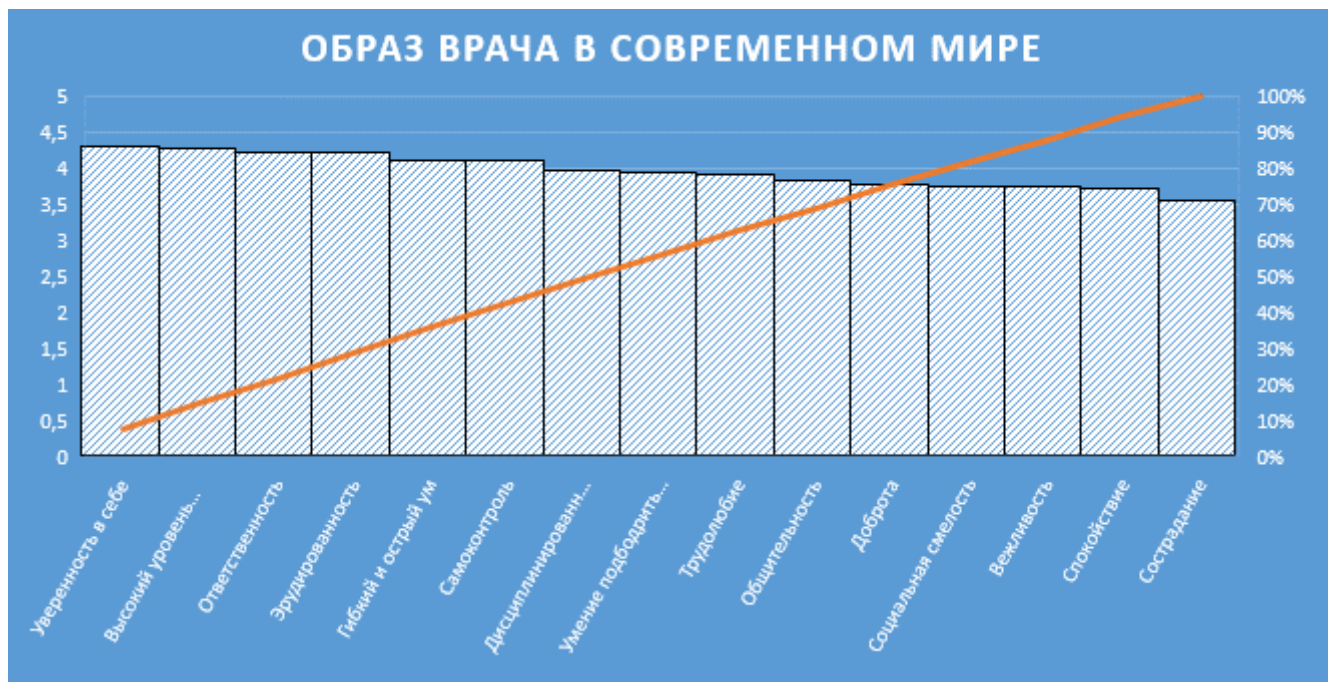


Рис. 2. Образ врача в современном мире

Что же касается «идеального» врача, то на первом месте оказался высокий уровень медицинских знаний, второе место отдали эрудированности, третье и четвертое место делят гибкий и острый ум и ответственность, 15 место досталось состраданию (рисунок 3).

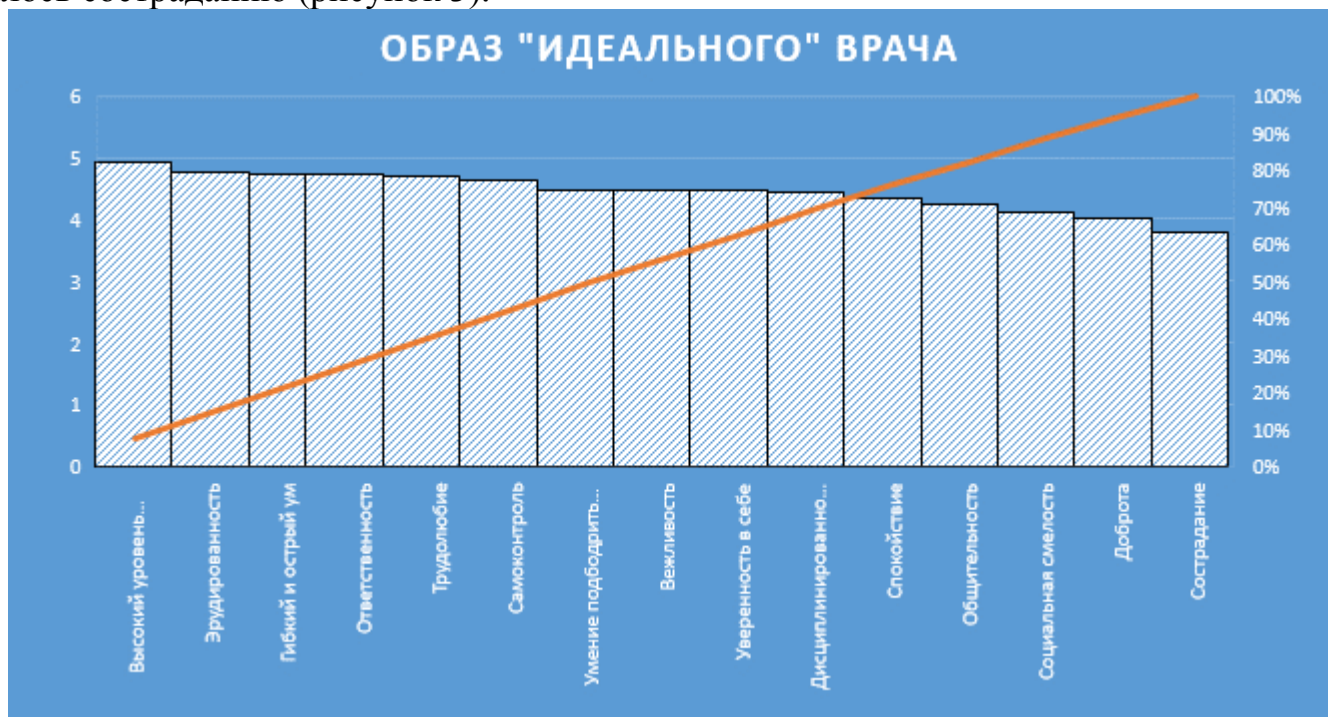


Рис. 3. Образ «идеального врача».



Таким образом, в результате проведенного исследования нами выявлено, что по мнению студентов – будущих врачей чтобы стать идеальным врачом в современном обществе необязательно обладать повышенным чувством жалости и сострадания, а главное уметь правильно пользоваться теми знаниями, которые в тебя вкладывают в процессе обучения. Образ врача в современном обществе ничуть не хуже, чем был до этого, главное нужно помнить, что медицина-это профессия, в которую стоит идти только по зову сердца, а не ради выгоды и мнения окружающих.

Литература

1. Никишина В.Б. Профессионально-личностные деформации врачей: феноменология, детерминация, измерение/ В.Б.Никишина, А.Г.Дроздов, И.В.Запесоцкая, Л.Н.Молчанова/монография / Москва.- 2010.
2. Недуруева Т.В. Отношение к здоровью врачей-терапевтов как внутренний механизм саморегуляции их профессиональной деятельности / Недуруева Т.В., Кузнецова А.А. //Известия Юго-Западного государственного университета.- 2012.- № 5-1 (44).- С. 306-310.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Зубкова Д.В.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Курск**

**Научный руководитель: Молчанова Л.Н., д. психол. н., профессор
кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии**

В статье представлены результаты исследования взаимосвязи между индивидуальными ресурсами и функциональными состояниями студентов медицинского вуза. Выявлено, что студенты медицинского вуза с высоким уровнем ресурсного потенциала меньше других испытывают пресыщение деятельностью. Пресыщение однообразной деятельностью детерминирует степень выраженности ресурсного потенциала, который, в свою очередь, детерминирует состояние монотонии.



Ключевые слова: индивидуальные ресурсы, функциональные состояния, стресс, монотония, утомление, пресыщение, студенты

PECULIARITIES OF INTERDEPENDENCE OF INDIVIDUAL RESOURCES AND FUNCTIONAL STATES OF STUDENTS OF THE MEDICAL UNIVERSITY

Zubkova D.V.

The results of the study of the relationship between individual resources and functional states of medical students are presented in the article. It was revealed that the students of a medical college with a high level of resource potential are the least satisfied with activities. Saturation with monotonous activity determines the degree of manifestation of the resource potential, which, in turn, determines the state of monotony.

Keywords: individual resources, functional states, stress, monotony, fatigue, satiety, students

Профессия типа «человек-человек» является высоко подверженной такому явлению как «выгорание», по определению различных авторов, негативному состоянию, ведущему к снижению продуктивности профессиональной деятельности и деформации личности [2, 3, 4]. В связи с этим актуально изучение функциональных состояний и ресурсов людей, осваивающих данный тип профессий.

В настоящее время проблема функционального состояния студентов приобретает актуальность и в связи с тем, что отечественная система высшего образования претерпевает значительные изменения, наблюдается переориентация учебного процесса с передачи знаний на формирование компетенций, разработка новых образовательных стандартов и программ. При этом исследования функционального состояния студентов в образовательном процессе в современной психологической науке практически отсутствуют [5, 6]. Индивидуальные ресурсы – это все индивидуально-психологические характеристики личности, которые в той или иной мере в разных условиях способствуют решению трудных жизненных ситуаций и формированию ощущения благополучия [1].

В этой связи **целью исследования** выступило изучение взаимосвязи между индивидуальными ресурсами и функциональными состояниями студентов медицинского вуза.



В исследовании приняли участие 20 студентов четвертого курса факультета клинической психологии Курского государственного университета. Из них юношей и девушек в равном соотношении.

Объектом исследования выступил ресурсный потенциал студентов медицинского вуза, **предметом исследования** – отношение к здоровью как детерминанта ресурсного потенциала у студентов медицинского вуза.

Гипотезой исследования выступило предположение о существовании взаимодетерминации между индивидуальными ресурсами и их функциональными состояниями студентов медицинского вуза.

В качестве диагностического инструментария были использованы следующие методики: Опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (Тест ОППР) (Н. Водопьянова, М. Штейн), опросник ДОРС «Утомление – Монотония – Пресыщение – Стресс» (в адаптации А.Б. Леоновой).

Для продуктивного осуществления профессиональной деятельности необходимо находиться в оптимальном функциональном состоянии, которое В.Л. Марищук определяет как симптомокомплекс физиологических и психофизиологических характеристик, от которых зависит активность систем организма, в том числе работоспособность.

Значение индекса ресурсности ($X_{cp}=1,28\pm 0,86$) указало на достаточно высокий адаптационный потенциал студентов, на сбалансированность жизненных разочарований и достижений. Так из ста процентов студентов лишь 10% имеют низкий уровень ресурсного потенциала, 35% – высокий и 55% студентов показали средний его уровень, несмотря на то, что большинство из них – 90% имеют выраженные показатели по шкале стресса.

При оценке выраженности показателей функциональных состояний: утомления, монотонии, пресыщения, стресса (табл. 1) было выявлено, во-первых, соответствие средних значений всех показателей умеренному уровню выраженности, а во-вторых, были получены следующие распределения их выраженности.

Таблица 1

**Средние значения показателей функциональных состояний
студентов медицинского вуза**

Наименование показателя	Кол-во, N	X_{cp}	Std.Dev.
Утомление	20	24,85	7,00
Монотония	20	23,70	4,78
Пресыщение	20	20,45	4,27



Стресс	20	23,30	5,24
--------	----	-------	------

Так высокая выраженность утомления как функционального состояния организма, сопровождающегося чувством усталости, снижением работоспособности, вызванного интенсивной или длительной деятельностью, выражающееся в ухудшении показателей деятельности и прекращающееся после отдыха, присуща 35% студентов, а средняя – 60% студентов. Средняя выраженность состояния монотонии, возникающее при однообразной работе и характеризующееся снижением тонуса и восприимчивости, ослаблением сознательного контроля, ухудшением внимания и памяти, стереотипизацией действий, проявляется у 80% студентов. У 10% студентов зарегистрирована низкая и высокая выраженность монотонии. Распределение показателей по шкале «пресыщение», которая отражает психическое состояние, вызванное однообразной, бессмысленной деятельностью, имеющее признаком потерю интереса к работе и неосознанное стремление к варьированию способов исполнения, представлено следующим образом: 65% обучающихся имеют средний уровень выраженности, 5% – высокий и 30% студентов не демонстрируют пресыщение деятельностью.

Для проверки гипотезы о существовании взаимодействия между индивидуальными ресурсами и их функциональными состояниями студентов медицинского вуза нами были использованы: корреляционный анализ Спирмена (табл. 2), непараметрический критерий U- Манна-Уитни в оценке значимости различий в выраженности индекса ресурсности (по шкале пресыщение в единственном случае из всех рассматриваемых шкал: $U=6,5^*$ при $p=0,004$, а также в выраженности состояний сниженной работоспособности, а именно монотонии ($U=12,0^*$ при $p=0,038$).

Таблица 2

Коэффициенты корреляционных взаимосвязей между показателями функциональных состояний и индексом ресурсности студентов

медицинского вуза

Наименование показателя	Утомление	Монотония	Пресыщение	Стресс	Индекс ресурсности
Утомление	1,00	-	-	-	-
Монотония	0,28	1,00	-	-	-
Пресыщение	0,28	0,38	1,00	-	-
Стресс	0,42	0,36	0,15	1,00	-
Индекс ресурсности	-0,11	-0,39	-0,53*	-0,14	1,00

* – статистическая значимость при $p < 0,05000$



Таким образом, можно предположить, что студенты медицинского вуза с высоким уровнем ресурсного потенциала меньше других испытывают пресыщение деятельностью ($r=-0,53^*$), и наоборот: чем в меньшей степени выражена потеря интереса к работе, тем в большей степени представлен адаптационный потенциал. Вместе с тем пресыщение однообразной деятельностью детерминирует степень выраженности ресурсного потенциала студентов медицинского вуза. В свою очередь степень выраженности ресурсного потенциала студентов медицинского вуза детерминирует состояние монотонии. Следовательно, можно сделать вывод о том, что выдвинутая нами гипотеза подтвердилась.

Литература

1. Лебедева Г.Г. Личностные ресурсы психологического благополучия студентов (на примере медицинского вуза) /Г.Г.Лебедева, В.Г. Пузиков // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ.- 2016.- Т. 4. -С. 125-131.
2. 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.
3. Молчанова Л.Н. Рефлексивно-тренинговая технология в психологической профилактике состояния психического выгорания студентов-медиков /Л.Н. Молчанова // Вестник Томского государственного университета. -2014.- № 383.- С. 190-195.
4. 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.
5. Оценка функционального состояния организма студентов в период экзаменационного стресса / Э. А. Алексеева, Л. Н. Шантанова, А. Н. Петунова, И. К. Иванова // Вестник БГУ. – 2010. – № 12. – С. 108–113.
6. Черевикова И.А. Функциональное состояние студентов бакалавриата /И.А.Черевикова, И.В. Ярославцева // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология.- 2017. - Т. 21.- С. 99-104.



ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Зубкова К.В.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Курск**

**Научный руководитель: Запесоцкая И.В., д. психол. н., профессор
кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии**

Аннотация: В статье описывается клинический случай пациента с алкогольной зависимостью, рассматриваются особенности эмоциональной сферы, нейропсихологический и патопсихологический статус пациента. Представленные результаты и выводы подтверждают полученные ранее данные о регуляторных особенностях и нарушениях при состоянии алкогольной зависимости.

Ключевые слова: Клинический случай, алкогольная зависимость, нейропсихологическое обследование.

FEATURES OF EMOTIONAL REGULATION AT ALCOHOLIC DEPENDENCE

Zubkova K.V.

Abstract: The article describes the clinical case of a patient with alcohol dependence, discusses the features of the emotional sphere, neuropsychological and pathopsychological state of the patient. Presents the results and conclusions confirming previous data on the regulatory features and irregularities in the condition of alcohol dependence.

Key words: Clinical case, alcoholic dependence, neuropsychological inspection.

Введение: Одной из важнейших проблем общества является алкогольная зависимость. По данным ВОЗ, употребление алкоголя на ранних этапах онтогенеза, стремительно приводит к смерти и инвалидности. Среди людей в возрасте 20-39 лет, примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкогольной зависимостью [1].



Алкоголизм — это хроническое психическое заболевание аддиктивного типа, проявляющееся основными симптомами: болезненным влечением к алкоголю, формирующейся на основе этого влечения алкогольной зависимостью и систематическим злоупотреблением алкоголем [4].

Доказано, что на процессы развития мозговых структур алкоголь оказывает влияние селективно на клеточном и молекулярном уровнях [2]. Алкогольная зависимость характеризуется сниженной способностью индивида ограничить употребление алкоголя, несмотря на психологические, физиологические и социальные последствия, что говорит о нарушении саморегуляции.

В качестве психоактивного вещества алкоголь также оказывает немедленное воздействие на настроение, моторные функции и мыслительную деятельность [6]. В силу своего химического действия, алкоголь является мощным эмоциональным регулятором (расслабление, усиление позитивных эмоций, повышение настроения и эмоционального тонуса). В психике человека существует собственная внутренняя система регуляции эмоциональных состояний. Эта система присутствует у человека с рождения, однако в неразвитом, примитивном виде. Регуляторная система активно развивается в процессе взросления и становления личности человека [7].

Таким образом, когнитивный контроль, эмоциональная регуляция и мотивация являются основными компонентами саморегуляции. Выделяют несколько уровней саморегуляции: произвольный, непроизвольный. Ряд авторов выделяют также послепроизвольный уровень саморегуляции, основным критерием которого является опосредованность процессов регуляции намерениями, планами субъекта. Непроизвольный уровень включает в себя регуляцию эмоций и рассматривается как общая закономерность биологических систем, направленная на поддержание постоянства внутренней среды организма.

В отечественных исследованиях когнитивные регуляторные функции рассматриваются как совокупность управления познавательных процессов: координация восприятия, памяти и мышления с целью интеллектуального моделирования проблемы/ситуации и торможения аффективных реакций, возникающих в процессе познавательной деятельности. Таким образом, интеллектуальные способности отражают готовность психики к переработке информации, а когнитивная регуляция является механизмом управления этой переработкой информации. При том эмоциональная и произвольная регуляции являются производным когнитивного контроля [7].

Проблему регуляции эмоций в норме и патологии относят к числу наиболее актуальных на современном этапе развития психологической науки и практики. Это обусловлено возрастанием стрессогенности современного



общества, неуклонным ростом частоты встречаемости депрессивных, тревожных, диссоциативных и психосоматических расстройств, высокой распространенностью аддиктивного и антисоциального поведения.

Данные нарушения иллюстрируются в приведенном ниже клиническом случае.

Цель клинического разбора – выявление поведенческих реакций обусловленных эмоциональной регуляцией при алкогольной зависимости.

Материалы и методы: Нейропсихологическое обследование включало:

1. Исследование межполушарной асимметрии с выявлением ведущего полушария (пробы постановки кулак на кулак, «Поза Наполеона», «Подзорная труба», сложение рук в замок, опросник Аннет).

2. Оценка профиля латеральной организации (ПЛО) (Хомская Е. Д., 1995). Определение ПЛО включает в себя анализ соотношения трех анализаторных систем: мануальной (моторная асимметрия), слухоречевой и зрительной (сенсорная асимметрия).

3. Исследование двигательных функций производилось с помощью проб на оптико-кинестетическую организацию сложного движения (проба на позный праксис и перебор пальцев), зрительно-пространственную организацию двигательных актов (проба Хеда, графическая проба), динамическую организацию двигательного акта (проба «Кулак-ребро-ладонь», проба Озерецкого), оральный праксис, динамическую организацию оральных движений.

4. Исследование высших кожно-кинестетических функций осуществлялось с помощью проб осязательной чувствительности (проба на тупое – острое прикосновение, циркуль Вебера, волоски Фрея, пассивное сдвигание кожи), глубокой (кинестетической) чувствительности, высших осязательных функций и стереогноза.

5. Исследование также включало ряд патопсихологических стандартизированных методик (Таблицы Шульте, «Серийный отсчет», «10 слов», «Исключение лишнего», понимание пословиц и метафор, «Сюжетные картинки», методика «Пиктограммы» Лурия А.Р., Ассоциативный эксперимент для испытуемых с алкогольной зависимостью).

Результаты: Данные нейропсихологического и патопсихологического обследования пациента.

Объективный анамнез: Пациент Н., 1980 года рождения (37 лет). Дата поступления в стационар 28.10.2017 года. Диагноз по МКБ-10 – F10.2. Возраст манифестации алкогольной зависимости – 20 лет. Вид алкогольной зависимости – этиловая.

Субъективный анамнез: Родился и рос в полной семье. Является средним ребенком в семье (есть старший брат и младшая сестра). Разведен,



объясняя тем, что жена не выдержала частые скандалы на фоне его алкогольной зависимости. Есть сын, 13 лет. Отношения с членами семьи «последнее время ухудшились, часто скандалим». В 7 лет поступил в школу. По словам пациента, учеба давалась ему хорошо. Со сверстниками поддерживал хорошие отношения, был общительным ребенком. Окончил 9 классов школы. Имеет среднее специальное образование по специальности сварщик. Начал работать по специальности в 20 лет. Наследственных, хронических заболеваний не имеет. В детстве ломал правую ногу, операций не переносил. Не судим. Впервые употребил алкоголь в 15-16 лет с друзьями, «мы в новогоднюю ночь собрались с ребятами, и кто-то принес шампанское». Активное употребление алкоголя началось в 18 лет (после очередной вечеринки по поводу нового года), на следующее утро почувствовал головную боль, тошноту решил снова выпить («всегда говорили, что нужно опохмелиться, чтоб лучше стало»). Больной утверждает, что чаще всего употреблял спиртное в компании друзей («одному пить скучно, да общение налаживается»). После рождения сына, с годами, стало увеличиваться количество употребляемого спиртного. Стал пить затяжными запоями по две недели минимум, светлые промежутки по 3-4 месяца («там компания уже не нужна была»), за вечер может выпить 2-3 бутылки водки. После развода алкоголь стал «единственной отдушиной», в состоянии алкогольного опьянения чувствует себя бодро и весело. Однако, со слов пациента, в последнее время после употребления алкоголя чувствует себя очень плохо, что послужило причиной обращения в стационар. Находясь в стационаре принимает лечение, считает себя больным. Наркотические вещества не употреблял, курит.

На момент обследования жалоб не предъявляет. В месте, времени и личности ориентирован верно. В контакт вступает охотно, эмоциональный настрой нейтральный. Мимика живая. Ответы подробные, на вопросы отвечает развернуто, по существу, об употреблении алкоголя отвечает неохотно, формально, при этом испытывает волнение. На вопросы о жизни после выздоровления, опускает глаза вниз, говорит «я боюсь, что будет дальше». Внешний вид опрятен. Инструкцию запоминает и воспроизводит с первого раза. Однако, на всем протяжении обследования проявлял эмоциональную неустойчивость в виде колебания отрицательного и положительного отношения к заданиям. Особенности непроизвольных реакций, говорит об эмоциональной нестабильности.

По результатам клинической беседы, анкетирования и исследование профиля латеральной организации, выявлена правосторонняя моторная и сенсорная асимметрия.

При исследовании внимания были получены следующие серии по методике «Таблицы Шульте»: 1, 02 мин. – 1, 35 мин. – 1, 03с. – 53с. – 1, 07с.



При отсчитывании от 100 по 7 ошибок не наблюдалось, скорость выполнения в умеренном темпе. Данные указывают на незначительную истощаемость внимания, приводящую к затруднению мнемонических процессов. Об этом свидетельствуют данные исследования памяти: в методике «10 слов» 1) 5; 2) 8; 3) 8; 4) 9; отсроченное – 7, модально-неспецифические нарушения являются вторичным дефектом.

В результате анализа результатов по методу ассоциативного эксперимента, получены следующие данные: использование слов-раздражителей вызывает у пациента актуальное эмоциональное состояние, характеризующееся наличием аффективных следов. Например, при предъявлении слов «стакан, боярышня, праздник, ведро» пациент воспроизводит ответное слово «бутылка», на слова «мать, начальник, жена, муж, отец» воспроизводит вопросительные слова «чей? чья?». Проявляются ассоциации по смежности, например, при предъявлении слова «лампа», ответным словом является «темнота». Таким образом, словесные реакции пациента являются примитивными и непосредственными, что может свидетельствовать об эмоционально-когнитивных реакциях патологической зависимости.

При выполнении пациентом методики «Пиктограммы» наблюдается следующее: недостаточное понимание смысла задания, пациент понимает, что нужно нарисовать, но связывает рисунок не со словом, о чем свидетельствуют сложности при воспроизведении понятий. Невозможность выбора образа на абстрактные, пациент после длительного обдумывания старается словами объяснить, что хочет нарисовать и делает попытки отказа от рисунка. В рисунках часто фигурируют спиртные напитки, и всевозможные атрибуты для употребления алкоголя. Например, на понятие «веселый праздник» был нарисован стол, на котором изображены тарелка, стакан и бутылка (объяснение: «веселый праздник — это застолье»). На понятие «печаль» пациент рисует одну бутылку и один стакан (объяснение: «бутылка одна, стакан один, когда одиноко становится печально»). Таким образом, наблюдается невозможность выбора образа на абстрактные и стереотипизация и застревание на объектах связанных с употреблением алкоголя.

При исследовании мышления: переносный смысл предложенных пословиц и метафор доступен. Пояснение морали из текста и сюжетных картинок только с помощью экспериментатора. При исключении 4-го лишнего справился не со всеми картинками («солнце лишнее, оно светит только днем»), данные свидетельствуют о негрубом нарушении операциональной стороны мышления.



При оценке двигательных функций было выявлено следующее: тонус и сила мышц в сохранены; перебор пальцев осуществляется без зрительного контроля. Наблюдается легкий тремор в обеих руках. Выполнение пробы Озерцкого затруднено без зрительного контакта, наблюдается застревания. Что может свидетельствовать о наличии органических поражений, а также нарушения управленческих функций произвольной регуляции. Выполнение пробы «кулак-ребро-ладонь» трудностей не вызывает, однако темп медленный. Пробу Хеда выполняет правильно, в медленном темпе. Графическая проба «заборчик» выполнена без ошибок, при выполнении руку от листа не отрывает, однако рисует неровно из-за легкого тремора. Предметные действия и символический праксис доступны. В ходе исследования глубокой и поверхностной чувствительности нарушений не выявлено. Стереогноз сохранен. Данные исследования свидетельствуют о нарушении динамического праксиса и реципрокной координации.

Выводы: разбор клинического случая пациента с алкогольной этиловой зависимостью и возрастом манифестации заболевания – 20 лет, выявил: нарушения динамического праксиса и реципрокной координации, снижение объема механической памяти и истощаемость психических процессов, что является характерным для пациентов, имеющих сходный диагноз и ту же стадию онтогенетического развития, нарушение управления своими эмоциями, проявляющиеся в поведенческих реакциях и нестабильности когнитивной сферы. Таким образом, выявленные нарушения говорят о дисфункции всей регуляторной сферы, связанной с эмоциональной неустойчивостью, и нарушением управленческих функций когнитивного контроля.

Литература.

1. Всемирная организация здравоохранения. Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя: проект глобальной стратегии. 3 декабря 2009 г. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyru/.
2. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Совещание (2-е: 2006 г.: Женева, Швейцария) Второй доклад / Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. [Электронный ресурс]. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/>.
3. Конопкин О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъективного развития // Вопросы психологии. – 2004. – №2. – С.128-135.



4. Менделевич В.Д. Демина М.В. Прогностическая деятельность и копинг-поведение больных алкоголизмом в периоде ремиссии с признаками дезадаптации // Казанский медицинский журнал. 2007. №3. С. 287-288
5. Моросанова В. И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. М.: Наука, 2001
6. Никишина В.Б., Запесоцкая И.В. Состояние зависимости: метапсихологический анализ/ Государственное бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования "Курский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации// Курск, 2012.
7. Холодная М.А., Алексапольский А.А. Интеллектуальные способности и стратегии совладания // Психологический журнал. – 2010. – Т. 31. – № 4. – С. 59–68.

РОЛЕВЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИГРЫ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ЧЕЛОВЕКА ОТ КОМПЬЮТЕРА

Ермоленко П.И.

Московский гуманитарно-экономический университет. Воронежский филиал, Воронеж, Россия

В работе представлены результаты исследования зависимости от ролевых компьютерных игр людей разных социальных статусов и возрастов. В процессе теоретической работы были найдены оптимальные определения самих ролевых игр, обоснованность выделения их в отдельную группу, сходства с другими видами зависимостей и отличия от других видов виртуального влияния. В ходе практического исследования было подтверждено отрицательное влияние увлечением ролевыми компьютерными играми на человека: повышение уровня агрессии, депрессия, размытие личностных границ, ухудшение отношений с близкими людьми.

Ключевые слова: ролевые компьютерные игры, RPG, зависимость от ролевых компьютерных игр, влияние на человека RPG, специфика зависимости от RPG, отличия ролевых компьютерных игр.

ROLE-PLAYING AND THE FORMATION OF THE DEPENDENCE OF MAN ON COMPUTER



Ermolenko P.I.

This paper presents the results of the study depending on the role-playing video games of people of different social statuses and ages. In the process of theoretical work has been found the best definition of role-playing games themselves, the rationale was distinguish as a separate group, the similarities with other addictions and differences from other types of virtual influence. In the course of practical research confirmed the negative impact of the hobby of role-playing computer games on a person - increase of level of aggression, depression, blurring of personal boundaries, the deterioration of relations with close people.

Keywords: computer role-playing game (RPG), the dependence on the role computer games influence on human RPG, the specifics depending on the RPG, the differences between role-playing computer games.

Развитие компьютерных технологий в XXI веке привело к появлению совершенно новых видов зависимостей, связанных с виртуальной индустрией: зависимость от компьютера в целом, от Интернета, от социальных сетей, от компьютерных игр и т.д. О последнем виде зависимости и идет речь в нашей статье.

Зависимость от компьютерных игр – это серьезная проблема современного общества, потому что она способна подчинять себе людей не меньше, чем алкоголизм и наркомания. А вот надежных способов избавления от нее наука пока не разработала. Особенность данной зависимости состоит в том, что это зависимость не биохимическая, а психологическая, то есть навязчивый характер действий обусловлен исключительно психологическими причинами.

Итак, согласно определению, которое дает сайт «Википедия», «игровая зависимость есть форма психологической зависимости, проявляющаяся в навязчивом увлечении видеоиграми и компьютерными играми». Среди множества компьютерных игр можно выделить одну интересную разновидность, которая называется «ролевая компьютерная игра», которая и служила предметом нашего исследования. Компьютерная ролевая игра (Computer Role-Playing Game), обозначается аббревиатурой CRPG или RPG — жанр компьютерных игр, основанный на элементах игрового процесса традиционных настольных ролевых игр. В ролевой игре игрок управляет одним или несколькими персонажами, каждый из которых описан набором определенных способностей и умений (показатели силы, ловкости, защиты, уровень развития того или иного навыка и т.п., которые могут меняться в ходе игры).



В литературе встречается два ключевых особенностей RPG, выделяющих их из других игр: 1) Ролевая игра должна располагать играющего к «вхождению» в роль компьютерного персонажа и «атмосферу». 2) Ролевая игра должна быть построена таким образом, чтобы не вызывать у играющего мотивации, основанной на азарте. В ролевой игре азарт не должен иметь первостепенного значения [5]. Если игра не соответствует данным факторам, значит, это не ролевая компьютерная игра и зависимость будет формироваться другим путём (зависимость от азартных игр есть в перечне НКБ-10).

Выделяют две формы механизмов формирования данного вида зависимости:

1) Уход от реальности, который подразумевает замену реального мира на виртуальный мир. Она основывается на потребности человека отстраниться от повседневных забот и хлопот, будь то проблемы дома, в школе, в семье или со сверстниками. 2) Принятие роли. С помощью данного механизма у игрока есть возможность побывать тем и сделать то, кем и что в реальной (или просто в обыденной) жизни невозможно, например, стать эльфом, магом, гномом или приобретать определенные навыки, развитие которых неосуществимо в реальной жизни [5].

Многие исследования зависимости от RPG подтверждают уязвимость подростков и детей в этой области. Отмечаются негативные изменения в поведении, мотивации, эмоциональной сфере и т.д., что непосредственно влияет на формирование у них Я-концепции. [1]. Кроме того, к традиционной системе Я-концепции предложенной К. Роджерсом у игроков добавляют четвертую составляющую: «Я-виртуальный» [4]. Это представление игрока о самом себе в виртуальном мире [2].

В качестве респондентов были выбраны люди, посещающие разные игровые клубы, встречи для проведения досуга за настольными играми, а также лица, проводящие время за RPG дома. Всего в выборке участвовало 32 человека, из них 18 мужского и 14 женского пола, в возрасте от 17 до 35 лет, проживающие в городе Воронеже.

Опрос респондентов состоял из трех частей: 1. Анкетирование. Испытуемым требовалось ответить на вопросы относительно их игровой деятельности (сколько часов, лет они проводят за играми, как сопоставляют они свою игровую деятельность с реальностью и общением, во что любят играть). Анкета составлена на базе опросника Иванова М.С. с внесением изменений с учётом возраста испытуемых [3].

2. Самооценка личностных качеств. Участники должны были оценить по десятибалльной шкале свою внешность, уверенность в себе, авторитетность у сверстников и т.д.



3. Последней частью опроса было задание нарисовать персонажа, за которого респондент хотел бы поиграть, желательно выдуманного испытуемым, с подробным описанием нарисованного персонажа. Рисунок оценивался по некоторым критериям методики «несуществующее животное»: размер рисунка, штриховка, наличие элементов агрессии и депрессии.

В итоге проведения исследования, были получены следующие данные:

Чем больше возраст играющих, тем больше их уверенность в себе $r = +0.59$ ($p < 0.001$). Чем больше привлекают ролевые игры, тем меньше проработки деталей в рисунке $r = -0.77$ ($p < 0.001$). Изначально предполагалось, что в данном пункте будет прямое взаимодействие двух переменных, т.к. хорошие современные RPG-игры оснащаются мелкодетальным редактором персонажа, занимающим очень значительное место в оценке качественного уровня игры. Соответственно мы предполагали, что люди, играющие в RPG-игры, должны проявлять креативность и до мельчайших подробностей прорабатывать детали выдуманного персонажа. Но мы получили обратный результат. В таком случае, мы предполагаем, что игровая зависимость действительно отводит на второй план многое - даже стремление и способность к творчеству и детализации.

Чем больше уверенность в себе, тем выше оценивает человек свою привлекательность $r = +0.66$ ($p < 0.001$). Чем выше человек оценивает свой авторитет у окружающих, тем выше он оценивает свою внешность $r = +0.52$ ($p < 0.01$). Чем больше депрессивных черт на рисунке, тем меньше сходства рисунка с персонажем игры $r = -0.67$ ($p < 0.01$). Таким образом, мы можем сделать вывод, что человек наделяет персонажа своим отношением к жизни. А так как метод проективный, можно говорить о проекции. Чем больше уверенность в себе, тем больше авторитет у окружающих $r = +0.57$ ($p < 0.01$).

Отождествление с героем обратно пропорционально уверенности в себе – уверенные в себе люди меньше отождествляют себя с героями игр, а неуверенные - больше. $r = -0.52$ ($p < 0.02$). Уверенные в себе люди имеют прочные личностные границы и не поддаются «растворению» в чем-либо, даже в персонажах, с которыми они могут себя отождествлять. Можно сказать, что это они наделяют персонаж своими чертами, нежели переносят на себя черты персонажа.

Чем больше времени проводит человек за компьютером, тем больше конфликтов с близкими $r = 0.42$ ($p < 0.03$). Данные результаты подтверждают версию, что чрезмерное увлечение RPG негативно влияют на черты личности игромана способствующие общению и взаимодействию с окружающими людьми.

Чем больше возраст, тем меньше агрессивных деталей в рисунках $r = -0.58$ ($p < 0.02$). Возможно, что с возрастом игроман становится менее



агрессивным или более равнодушным к игровой агрессии (можно сказать, что пресыщается ею, т.к. ее слишком много в играх) что и проецируется на его персонаже.

Чем больше времени проводит человек за компьютером, тем больше агрессивных деталей в рисунках $r = -0.58$ ($p < 0.02$). Соответственно, можно сделать вывод, что длительные игры в RPG вызывают большую агрессию. Но учитывая то, что RPG в том виде, о котором говорится в статье, существуют относительно недавно, можно сделать вывод, что игроки начинают играть в разных возрастах, и чем раньше это происходит, тем выше агрессия.

Однако хочется обратить внимание на тот факт, что в данном исследовании агрессия измерялась по количеству агрессивных элементов в рисунке -наличию оружия, шипов, зубов, когтей, что традиционно оценивается как маркеры агрессивности в методике «рисунок несуществующего животного» [7]. Но проведенное недавно исследование поставило под сомнение валидность данных признаком рисунка в плане агрессии. В этой работе показано, что «наличие зубов, рогов и когтей не связано напрямую с интегральным показателем агрессивности, определяемому по тесту Басса-Дарки» [6; С. 125]. Можно также отметить, что, чем больше привлекают ролевые игры, тем меньше улыбок (игроки, которые являются фанатами RPG, рисуют больше грустных персонажей, чем те, которые более равнодушны к RPG) $r = -0.50$ ($p < 0.03$). Здесь можно сказать о проецировании на персонажа плохого настроения или депрессии игромана.

По совокупности полученных данных мы можем сказать, что чрезмерное увлечение RPG негативно влияет на личность игромана: человек становится более агрессивным, у него портятся отношения с близкими, становится более депрессивным, происходит размытие личностных границ. Ролевые компьютерные игры способны «подвинуть» значимость важных жизненных потребностей. Происходит угроза разрушения Я-концепции, что особенно опасно в детском и подростковом возрастах.

Литература

1. Ефремов А.Ю. Психология трансформации ценностных ориентаций подростка в компьютерных играх / А.Ю. Ефремов, М.С. Кучмасова, В.С. Малина // Новое слово в науке: перспективы развития. – 2015. – №1 (3). – С. 102-104.
2. Иванов М.С. Ролевая компьютерная игра как особый вид деятельности /М.С. Иванов, Г.М. Авилов // Сибирская психология сегодня: Сб.науч.тр. Кемерово: Кузбассвузиздат. – 2004. – С. 41-55.



3. Иванов М.С. Психология самореализации личности в компьютерной игровой деятельности / М.С. Иванов. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2008.
4. Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия: Пер. с англ. /К. Роджерс– М.: Рефл-бук; Киев: Ваклер, 1997.
5. Шапкин С.А. Компьютерная игра: новая область психологических исследований // Психологический журнал. – 1999. – 20. – №1.– С. 86-102.
6. Щербатых Ю.В. Проблема оценки валидности проективного теста «рисунок несуществующего животного» /Ю.В. Щербатых, П.И. Ермоленко // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2016. – № 4. – С. 118-125.
7. Яньшин П.В.. Клиническая психодиагностика личности /П.В. Яньшин– СПб.: Речь, 2007. – 320.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Иванова Л.Р.

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

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Запесоцкая И.В.**

В статье представлен анализ клинического случая исследования особенностей, межполушарной асимметрии в младенческом возрасте. Для выявления, межполушарной асимметрии в младенческом возрасте использовались пробы предполагающие взаимодействие и сенсорные пробы. Выявлены, признаки латерализации в младенческом возрасте.

Ключевые слова. Межполушарная асимметрия, младенческий возраст, латерализация.

FEATURES OF HEMISPHERIC RELATIONSHIP INTERACTION IN INFANCY. A CLINICAL CASE

Ivanova L.R.

The article presents the analysis of the clinical case in infancy. To detect interhemispheric asymmetry in infancy has been used samples. Identified, signs of lateralization in infancy.

Keywords. Hemispheric asymmetry, infancy.



Межполушарная асимметрия психических процессов — функциональная, специализированность полушарий головного мозга: при осуществлении одних психических функций ведущим является левое полушарие, других — правое¹. Более чем вековая история анатомических, морфофункциональных, биохимических, нейрофизиологических и психофизиологических исследований асимметрии больших полушарий головного мозга у человека свидетельствует о существовании особого принципа построения и реализации таких важнейших функций мозга, как восприятие, внимание, память, мышление и речь (А.В. Семенович).

В настоящее время считается, что левое полушарие у правшей играет преимущественную роль в экспрессивной и импрессивной речи, в чтении, письме, вербальной памяти и вербальном мышлении. Правое же полушарие выступает ведущим для неречевого, например, музыкального слуха, зрительно-пространственной ориентации, невербальной памяти, критичности.

Было показано, что левое полушарие в большей степени ориентировано на прогнозирование будущих состояний, а правое — на взаимодействие с опытом и с актуально протекающими событиями. Проблема, межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия — одна из наиболее, актуальных в современном естествознании. Все возрастающее число публикаций, посвященных оценке функций левого и правого полушарий мозга у человека, их роли в различных видах психической деятельности, свидетельствует о широком научном интересе к этому направлению исследований (Л.С. Выготский).

В процессе индивидуального развития выраженность межполушарной асимметрии меняется — происходит, латерализация функций головного мозга. Последние исследования свидетельствуют о том, что межполушарная асимметрия вносит существенный вклад в проявление высокого интеллекта человека. При этом в известных пределах существует взаимозаменяемость полушарий головного мозга. Вопросами изучения межполушарной организации занимались многие отечественные и зарубежные исследователи (А.Р. Лурия, М. Дакс, Ф. Галль, Д. Буйо, Д. Джексон и др.).

Фактические данные, полученные на разном клиническом и экспериментальном материале, многочисленны и нередко противоречивы. Можно сказать, что накопление фактического материала по данной проблеме явно опережает его теоретическое осмысление (Е.Д. Хомская).

Ребенок рождается с обоими «правыми» полушариями. До 2 лет любое из них может стать левым — речевым. Мальчики в смысле асимметрии мозга развиваются быстрее девочек. В целом же считается, что в первые годы жизни правое полушарие является более активным. (Э.Г. Семерницкая).



Младенческий возраст- этап индивидуального психического развития, который продолжается от рождения ребенка до достижения им годовалого возраста. В младенческом возрасте выделяют три этапа: новорожденность (первый месяц жизни), когда ребенок подготавливается к эмоциональному общению со взрослыми; первое полугодие, во время которого ведущей деятельностью становится ситуативно-личностное общение со взрослым; второе полугодие жизни, когда ведущей становится предметно-манипулятивная деятельность (Е.Д. Хомская) Латерализация функций головного мозга- процесс формирования межполушарной организации психических процессов, специфического вклада каждого полушария в осуществление психической деятельности. Функциональная специализация полушарий медленно формируется в онтогенезе, достигая наибольшей выраженности к зрелому возрасту, а затем постепенно нивелируется по мере старения (Б. Г. Ананьев).

Латерализация – процесс формирования межполушарной организации психических процессов, специфического вклада каждого полушария в осуществление психической деятельности.

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курская городская поликлиника №8». Для анализа использованы данные Кирилла С., полугодовалого возраста.

Исследование проводилось в присутствии мамы и врача, длительность – не более 7 минут

Предъявляемые пробы двух типов: исследование рефлекторной реакции, пробы, предполагающие взаимодействие ребенка с исследователем

«Поза фехтовальщика» - отслеживалось направление поворота головы влево, направление вытягивание руки вправо, длительность фиксации позы 30 секунд. В позе «фехтовальщика» была выявлена особенность: ребёнок, лёжа на спине, длительно удерживает голову повернутой влево, а его левая нога и рука находятся в распрямленном положении, в то время как правые конечности согнуты.

Хватательный рефлекс - отслеживалась сила захвата, проявлялась на левой руке, длительность удержания 25 секунд. Для определения ведущей руки у полугодовалого ребенка используются признаки преобладания активности одной из рук: ребёнок берёт и удерживает предметы этой рукой, сильнее сжимает их, выполняет более точно мелкие движения. Определив степень сжатия кулачка у младенца, можно предположить, что на одной руке хватательный рефлекс будет более выражен, чем на другой.

Рефлекс Бабинского: отслеживалось выраженность рефлекторного движения преимущественно на левой ноге, при предъявлении раздражителя. Рефлекс Бабинского: При раздражении края стопы от пятки к носку, ребенок разгибал большой палец левой ноги.



Выбор игрушки из рук экспериментатора: отслеживалось предпочитаемая правая рука, длительность удержания игрушки 15 секунд.

Поворот головы на значимый звуковой стимул: ребенка выкладывали на живот, и мама звала мальчика по имени, Кирилл поворачивал голову влево.

Поворот головы на нейтральный звуковой стимул: ребенок реагировал на громкий стук и поворачивал голову.

Выбор игрушки самостоятельный: ребенок выкладывался на живот и перед ним ставили игрушку, попытался оттолкнуться правой ногой а взять игрушку левой рукой.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает возможность диагностики латеральных признаков у младенцев. Диагностика может осуществляться на основе латеральных проб, представляющих собой рефлекторные и произвольные движения. В данном клиническом случае были выявлены признаки левополушарности.

Литература

1. Бетелева Т.Г. Сенсорные механизмы развивающегося мозга / Т.Г. Бетелева. – М., 2014. – С. 175 – 176.
2. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте /А.В. Семенович. – М.: Просвещение, 2015. – С. 231 – 232.
3. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста / Ж.М. Глозман. — М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 272 с.
4. Микадзе, Ю.В. Нейропсихологическая диагностика / Ю.В. Микадзе // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. – 1996. – №2. – С. 46-51.
5. Хомская Е.Д. Нейропсихология. Учебник для вузов 4-ое издание. Психология/Е.Д. Хомская– 2010. – С.220-222.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОДРОСТКА С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Иващенко К.А.

**Белгородский государственный университет, г. Белгород, Россия
Научный руководитель: профессор, зав. кафедрой общей и
клинической психологии Разуваева Т.Н.**



В данной статье представлено описание нейропсихологических проявлений подростка 11 лет с ранним детским аутизмом. Обследование проводилось в присутствии матери ребенка. В результате проведения нейро- и патопсихологического обследования были выявлены такие атипичные проявления, как аутоагрессия, нарушение процесса дефекации, относительную легкость в установлении контакта.

Ключевые слова: клинический случай, подростковый возраст, детский аутизм.

FEATURES OF THE NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS OF A TEENAGER WITH CHILDHOOD AUTISM

Ivashchenko K.A.

This article describes the neuropsychological manifestations of an 11-year-old with early childhood autism. The examination was conducted in the presence of the child's mother. As a result of the neuropsychological and pathopsychological examination, atypical presentation such as autoaggression, disorder of the defecation process, and relative ease in establishing contact were revealed.

Key words: clinical case, adolescence, childhood autism

Как самостоятельное расстройство аутизм впервые был описан Л.Каннером в 1942 г., в 1943 г. сходные расстройства у старших детей описал Г. Аспергер, а в 1947 г. - С. С. Минухин. На данный момент, согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения 1 из 160 детей страдает расстройством аутистического спектра [5]. Этиология данного нарушения не определена до конца, однако, большинство специалистов отводят ведущую роль в возникновении нарушения генетическим факторам, которые обуславливают врожденный характер нарушений. Но также некоторые определяют возникновение заболевания как результат пренатального и перинатального повреждения центральной нервной системы [2].

На данный момент РДА (ранний детский аутизм) представляют как вариант тяжелого диссоциированного дизонтогенеза. Его проявления принимают разнообразные формы и тесно связаны с уровнем интеллектуального и речевого развития ребенка. Традиционно выделяются следующие нейро- и патопсихологические нарушения: снижение коммуникативных способностей, нарушение эмоционально-волевой сферы, задержанное и нарушенное речевое развитие, и стереотипное поведение [3;4]. В.В. Лебединский, О.С. Никольская и Е.Р. Баенская отмечают, что игровая деятельность отличается преимущественным использованием предметов домашнего обихода, а не готовых игрушек, и отсутствие развития сюжетно-



ролевой игры с другими детьми. В.М. Башина обращает внимание на психомоторные нарушения: моторная недостаточность сочетается со стереотипными движениями (например, разгибания пальцев, подпрыгивания и т.д.). Также автор выделяет такие специфические особенности, как эхолалии и фразы-штампы [2].

Сложная структура дефекта, его степень тяжести, аффективная дезадаптация, дефицит потребности в социальном взаимодействии и нарушения познавательной и речевой деятельности затрудняет проведение полноценного нейро- и патопсихологического исследования. **Целью** данного исследования явилось выявление типичных и вариативных проявлений на примере подростка с ранним детским аутизмом. **Объектом** выступили нейропсихологические проявления младшего подростка с ранним детским аутизмом.

При сборе субъективного анамнеза родители отмечают дезадаптивность к школе, неуспеваемость, неразвитость речевых навыков, склонность к задержке дефекации. Со слов матери, развитие ребенка протекало нормально до одного года, после обнаружилась задержка речевого развития. Диагноз F84.0 «Ранний детский аутизм» был поставлен специалистом Белгородской областной клинической психоневрологической больницы в 3 года 6 месяцев и подтвержден центральной психолого-медико-педагогической комиссией ОГБОУ «Белгородский региональный центр психолого-медико-социального сопровождения» в 7 лет. На момент исследования ребенку только-только исполнилось 11 лет, и наряду с основным диагнозом у него присутствует фонетико-фонематическое недоразвитие речи.

Организация и методы обследования. Обследование проводилось в присутствии матери ребенка и с ее информированного согласия на территории НИУ «БелГУ» с использованием следующих нейропсихологических проб: на воспроизведение различных положений пальцев руки по предлагаемому образцу (воспроизведение позы руки), выявление дефектов зрительно-пространственной организации двигательных актов (Проба Хеда), исследование динамической организации двигательного акта (Кулак-кольцо, кулак-ребро-ладонь), исследование конфликтной деятельности (кулак-палец), анализ степени сохранности глубокой чувствительности (отведение пальца на определенный угол), исследование орального праксиса (воспроизведение движений языка и губ, воспроизведение по образцу известных движений), графические пробы (заборчик, рисунок человека) исследование восприятия и воспроизведения ритмических структур (воспроизведение ритмов по образцу), исследование зрительного восприятия предметов и изображений (предъявление четких, недостаточно четких, перечеркнутых, наложенных и незавершенных изображений), исследование латеральной организации головного мозга, исследование фонематического слуха (повторение изолированных звуков,



повторение близких по звучанию фонем), исследование понимания слов (определение предъявляемых слов), а также использовался метод наблюдения и детский вариант методики «Матрицы Равена».

Оценка правильности выполнения проб осуществлялась по четырехбальной шкале Л.И. Вассермана: критериям точности, количеству ошибок, темпу и выполнению программы [1].

При нейропсихологическом обследовании обнаруживается неоднозначная картина состояния ВПФ и в целом психической деятельности мальчика. Речь представлена отдельными словами, редко простыми фразами; при выполнении практически всех проб отмечается тенденция к упрощению инструкции, ее искажение. Произвольное сосредоточение крайне затруднительно. На протяжении всего обследования зафиксированы эхолалии и стереотипное поведение, а также склонность к аутоагрессивному поведению.

Результаты. В результате обследования профиля латеральной организации выявлено ППЛ (парциальное левшество: ведущий левый глаз при доминировании правой руки, ноги и уха). Исследование функций гнозиса показало следующие результаты: негрубые нарушения зрительного гнозиса (при исследовании распознавания эмоций), нарушения в зрительно-пространственной организации двигательных актов, относительная сохранность фонематического слуха. Способность к чтению сохранна, чтение осуществляется по слогам, отмечены слипания двух слов. Оральный праксис сохранен. Исследования моторной сферы выявили недостаточность развития мелкой моторики, артикуляторные трудности, застревания на воспроизведении одного и того же действия. Исследовать сохранность кинестетической основы построения движения не удалось в связи с невыполнением инструкции испытуемым. При выполнении проб на конфликтную произвольную деятельность отмечены единичные затруднения и ошибки, отражение позы исследователя. Двигательная сфера и динамический праксис относительно сохранны, пробы выполнялись при условии уточняющих инструкций и только после предъявления примера. В результате обследования памяти инструкция не усваивалась, удалось исследовать только общую отсроченную память и выявить ее сохранность.

Результаты исследования слухомоторной координации и ритмики указывают на наличие лобного дефекта, а вот проведение зрительных проб наоборот исключает его. Особенности исследования импрессивной речи, практически полное отсутствие экспрессивной, нарушение фонематического слуха, письма и чтения указывают на нарушения в лобно-височных отделах левого полушария. Снижение произвольного контроля за протеканием психической деятельности в целом, неустойчивость внимания, трудности в усвоении инструкции характерны для нарушения фактора программирования,



регуляции и контроля, а конкретно 45 и 9 полей лобной доли коры головного мозга.

Вывод. При обследовании младшего подростка с ранним детским аутизмом выявлены следующие типичные проявления: задержки в развитии, проявляющиеся до трех лет жизни; речевые нарушения; ограниченность и стереотипность поведения, нарушение эмоционально-волевой сферы. К атипичным проявлениям относятся аутоагрессия, нарушение процесса дефекации, отсутствие трудностей с установлением контакта.

Литература

1. Вассерман Л.И. Методы нейропсихологической диагностики: практическое руководство/Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А.Меерсон. –СПб: Стройлеспечать, 1997. – С. 41-49.
2. Гонта Е.И. Организация коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с ранним детским аутизмом в условиях специализированной группы детского сада/ Е.И. Гонта.– СПб., 2013. – С. 88-91.
3. Козырева В.П. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ранним детским аутизмом в условиях детского инклюзивного центра образования/В.П. Козырева, О.С. Орлова.–М., 2014. – С. 93-105.
4. Международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10 [Электронный ресурс]. URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4429>
5. Всемирная Организация Здравоохранения. Информационный бюллетень февраль 2016 г.[Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/ru/>

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНОЙ АЛАЛИЕЙ

Кабатина Е.И.

Белгородский государственный университет, г. Белгород, Россия

**Научный руководитель: профессор, зав. кафедрой общей и
клинической психологии Разуваева Т.Н.**

В статье обоснована рольнейропсихологической реабилитации в развитии психических процессов детей с сенсорной алалией. Нейропсихологическая реабилитация позволяет восстановить нарушенные психические функции, а также преодолеть негативные реакции ребенка,



восстановить активные формы вербального и невербального поведения, создать нужные мотивы его поведения.

Ключевые слова: нейропсихологическая реабилитация, сенсорная алалия, психические процессы.

NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF CHILDREN WITH SENSORY ALALIA

Kabatina E.I.

The article substantiates the role of neuropsychological rehabilitation in the development of mental processes in children with sensory alalia. Neuropsychological rehabilitation allows to restore disturbed mental functions, as well as to overcome negative reactions of the child, to restore active forms of verbal and non-verbal behavior, to create the necessary motives for his behavior.

Key words: neuropsychological rehabilitation, sensory alalia, mental processes.

Дети с тяжелыми нарушениями речи не могут активно включаться в жизнь общества и полноценно участвовать в ней. Причиной нейропсихологической реабилитации детей с нарушением речи является их отставание в психическом развитии, рост числа неуспевающих в обучении, трудности их адаптации к новым школьным условиям. Нейропсихологическая реабилитация детей с тяжелыми нарушениями речи – результат социального запроса, который исходит из различных детских учреждений. И этот запрос актуален во всем мире. Результаты анализируются на научных семинарах, на российских и международных конгрессах.

Картина речевого расстройства при алалии сводится к отсутствию речевой функции или ее значительной ограниченности в объеме. Дети не только не говорят сами, но и несостоятельны в импрессивной речи, т.е. они плохо понимают чужую речь, что лежит в основе сенсорной алалии. Поскольку экспрессивная и импрессивная речь у ребенка тесно связаны между собой, как правило, при сенсорной алалии первично нарушена импрессивная речь (понимание), а экспрессивная – вторично. Такая специфика расстройств речевой функции при сенсорной алалии убедительно демонстрирует основополагающую роль в овладении речевой деятельностью слуховой модальности. Дети с сенсорной алалией не являются умственно отсталыми, поскольку доречевой период онтогенеза проходит у них без существенных отклонений в развитии. Они активно гуляют и лепечут, усваивают элементарные неречевые понятия, в частности, приобретают



начальные представления о количестве, пространстве и времени. Кроме того, ребенок с сенсорной алалией отличается живостью эмоций. Отличие детей с сенсорной алалией от глухих или тугоухих детей определяется отсутствием у них нарушений физического слуха. Это обеспечивается наличием физического слуха и формирующейся на его базе способностью воспринимать и понимать то, что говорят другие, т.е. за счет речевого слухового гнозиса и фонематического слуха. При сенсорной алалии эти каналы не активированы, и ребенку не на что опереться, неоткуда взять образец того, как и что надо говорить. Дети с сенсорной алалией слышат речь, но не различают, не распознают ее единицы, не понимают их значения.

Несмотря на отсутствие первичной умственной отсталости, не принятые своевременно меры по реабилитации ребенка с сенсорной алалией могут действительно привести к непоправимому отставанию в умственном развитии. Именно речь – важный показатель развития интеллекта. При сенсорной алалии присутствует речевая инициатива, имеется потребность в общении с окружающими. Не имея достаточного объема речевых средств, дети часто используют для этого коммуникативные жестово-мимические средства.

Сенсорная алалия является наиболее тяжелым видом речевых расстройств. Ребенок не только не может полноценно общаться с окружающими, но без речи не развивается в должной мере его мышление. Нейропсихологическое сопровождение предлагает специальные методы реабилитации, которые могут оказать помощь в преодолении этих трудностей. Известны работы в этом направлении С.Д. Забрамной, В. И. Лубовского, Н. А. Никашиной, А.П. Бизюк, Ж.М. Глозман, Л.С.Цветковой, Т.Г. Визель, Т.В. Ахутиной.

Нейропсихологическая реабилитация основана на теоретических положениях отечественной нейропсихологии, разработанных А.Р. Лурия и его учениками: Л.С. Выготским, А.А. Ухтомским, А.И. Введенским, И.М. Бехтеревым. На этапе становления детской нейропсихологии, такие авторы как В. Гарднер, Е.М. Мастюкова, Б.В. Лебедев, Г.В. Гуровец внесли важную лепту в изучении речевых расстройств, но и эти достижения не в состоянии помочь ребенку полностью. Нарушения речевого развития, помимо логопедической помощи требуют участия и ряда других специалистов: медицинских психологов, нейропсихологов.

Нейропсихологическая реабилитация помогает понять глубинные механизмы психического статуса ребенка и спланировать адекватную онтогенезу конкретного ребенка программу психологического сопровождения. Сотрудники Научно-исследовательского центра детской нейропсихологии имени А.Р. Лурия – Ж.М. Глозман, А.Е. Соболева, А.Ю.



Потанина, Л.М. Винникова предлагают в своей работе в области реабилитации детей с сенсорной алалией нейропсихологическое сопровождение, направленное на развитие когнитивных способностей.

В нашем исследовании изучалась роль нейропсихологической реабилитации в развитии психических процессов детей с сенсорной алалией.

Применялись методики, основанные на принципах системной динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурия:

1. Исследование предметного гнозиса (восприятие) – узнавание изображенных предметов (автор – Г.И. Россолимо), наложенных изображений (автор - Поппельрейтор).

2. Исследование наглядно – действенного мышления (доска – автор Э. Сеген), складывание картинок их частей, составление рассказа по сюжетным картинкам (автор - А.Н. Бернштейн), логического мышления – матрицы Равена (автор – Равен, детский вариант).

3. Исследование колебания внимания по отношению к однообразным зрительным раздражителям. Методика «Корректирующая проба» (автор – Б. Бурдон).

4. Идентификация модальности эмоций (тест Сонди).

5. Исследование оптико-пространственного гнозиса – копирование фигур (тест Э. Тейлора).

6. Исследование логико – грамматических отношений (авторы М.М. Семаго, Н. Я. Семаго).

7. Исследование слухового гнозиса – проба на оценку ритмов (автор А.Р. Лурия).

8. Исследование двигательной сферы:

- проба на пальцевый гнозис (автор А. Р. Лурия);

- динамический праксис (кулак – ребро - ладонь, автор А. Р. Лурия);

- исследование реципрокной координации (методика Н.И. Озерецкого);

- графическая проба «Забор» (автор А. Р. Лурия).

9. Исследование памяти:

- образной: «Запомни и нарисуй» (автор Л. Тихомирова),

- слухоречевой: «5 слов» (автор А.Н. Леонтьев).

Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения «Корочанская школа – интернат» Корочанского района Белгородской области» (ГБОУ «Корочанская школа – интернат»). Выборка состояла из экспериментальной группы детей количеством 8 человек, в возрасте 6-8 лет, занимающихся индивидуально.

На первом этапе определялся уровень развития психических процессов детей с сенсорной алалией до проведения реабилитационных мероприятий. Результаты позволили выявить следующие дефекты:



1. Дефекты общей и мелкой моторики, в частности трудности удержания двигательной программы, трудности организации движений и действий – 25% детей.

2. Дефекты слухоречевого внимания – невозможность восприятия инструкции на слух 100% детей.

3. Дефекты зрительного восприятия – ошибки при узнавании реальных и зашумленных предметов - 12, 5%.

4. Дефекты ориентирования в пространстве – нарушено понимание пространственных отношений, соматогнозис тела - 75% детей.

5. Дефекты логического мышления – невозможность понять смысл сюжетной картинки - 75% детей.

На втором этапе исследования мы подобрали реабилитационный курс занятий, направленный на восстановление слухового гнозиса и фонематического слуха, направленный на формирование внутренней речи на основе зрительного восприятия объектов мира и оптических образов артикуляционных движений взрослых. В основе программы реабилитации лежит принцип «замещающего онтогенеза», заключающийся в соотношении актуального статуса ребенка с основными этапами формирования мозговой организации психических процессов [10].

На третьем этапе для объективного подтверждения произошедших в ходе реабилитационных занятий изменений нами была проведена повторная нейропсихологическая диагностика психических процессов.

Результаты контрольного этапа исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Влияние реабилитационных мероприятий на развитие психических процессов у детей с сенсорной алалией

Категория дефектов	До реабилитации (%)	После реабилитации (%)
Дефекты общей и мелкой моторики	25	—
Дефекты речевого внимания	100	50
Дефекты зрительного восприятия	12,5	—
Дефекты ориентирования в пространстве	75	12,5
Дефекты логического мышления	75	25

Как видим, не выявлены дефекты общей и мелкой моторики, дефекты зрительного восприятия. По другим категориям дефектов произошло значимое снижение показателей. В частности дефекты речевого внимания – несформированность избирательности в корректурной пробе выявилась



только у 50% детей, дефекты ориентирования в пространстве – 12,5% нарушено ориентирование в пространственных отношениях, соматогнозис тела.

Дефекты логического мышления – неуверенность, увеличение латентного периода выбора картинки обнаружены у 25% детей.

Нейропсихологический курс реабилитационных мероприятий, сочетающий методы когнитивной, двигательной и дыхательной коррекции, показал выраженную положительную динамику в состоянии психических процессов: улучшилась общая работоспособность детей, исчезли трудности ориентации в пространстве, улучшилось развитие внимания и памяти, зрительного и слухового восприятия.

Таким образом, нейропсихологическая реабилитация позволяет восстановить нарушенные психические функции (а не приспособиться к дефекту), а также преодолеть негативные реакции ребенка, восстановить активные формы вербального и невербального поведения, создать нужные мотивы его поведения.

Литература

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы. Учебное пособие / Л.И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 368с.
2. Балашова Е.В. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы / Е.В. Балашова, М.С. Ковязина. – СПб.: Питер, 2010. – 11с.
3. Бизюк А.П. Компедиум методов нейропсихологического исследования. Методическое пособие / А.П.Бизюк. – СПб.: ООО Издательство «Речь», 2005. – 299с.
4. Волкова Л.С. Вопросы дифференциальной комплексной диагностики и коррекции речевого развития / Л.С. Волкова. – СПб.: Образование, 1992. – 27с.
5. Глозман Ж.М. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж.М. Глозман, А.Ю. Потанина, А.Е.Соболева. – СПб.: Питер, 2006 – 80с.
6. Колганова В.С. Нейропсихологические занятия с детьми. В двух частях. Часть 1/ В.С. Калганова, Е.В.Пивоварова. – М.: Айрис – Пресс, 2016. – 416с.
7. Мамайчук И.И. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития / И.И. Мамайчук, М.Н. Ильина. – СПб.: Речь, 2006. – 352с.



8. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс – диагностики «Лурия -90» / Э.Г. Симерницкая. – М.: Общество Знание, 1991. – 48с.
9. Солодянкина О.В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье / О.В. Солодянкина. – М.: АРКТИ, 2007. – 80с.
10. Семенович А.В. Комплексная нейропсихологическая коррекция и абилитация отклоняющегося развития в двух частях / А.В. Семенович [и др.] – М.: Печатается по решению Методического Совета Центра Отдел нейропсихологии, 2001. – 106с.
11. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд.2 – е. / Л.С.Цветкова. –М.: "Российское педагогическое агентство", "Когито-центр", 1998. – 128 с.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Катунина А.Н.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия
Научный руководитель – к.м.н.,
доцент кафедры психиатрии и психосоматики Богушевская Ю.В.**

Изменения познавательных процессов при алкоголизме обнаруживаются уже на первой стадии заболевания. С течением болезни интеллектуально-мнестические снижения приобретают прогрессивный и необратимый характер. В данной статье представлены результаты исследования когнитивных функций у больных алкоголизмом, в зависимости от длительности заболевания.

Ключевые слова: алкоголизм, синдром алкогольной зависимости, когнитивные функции, познавательные функции, мнестические процессы, внимание, память.

PECULIARITIES OF COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM, DEPENDING ON THE DURATION OF THE DISEASE.

Katunina A. N.



Changes in cognitive processes with alcoholism are detected already in the first stage of the disease. In patients, weaken memory, lack of attention and its dynamic characteristics. With the course of the disease, intellectual-mnestic declines become progressive and irreversible. This article presents the results of a study devoted to the study of the peculiarities of cognitive functions in patients with alcoholism, depending on the duration of the disease.

Key words: alcoholism, alcohol dependence syndrome, cognitive functions, mnestic processes, memory, attention.

При длительном злоупотреблении алкоголем происходят различные изменения в деятельности органов и систем организма, а также алкоголь может привести к психической деградации, стойким сомато- неврологическим и когнитивным нарушениям [3,4]. Степень поражения головного мозга, риск развития и выраженность когнитивных расстройств у лиц, страдающих алкогольной зависимостью характеризуются различной вариабельностью [1,2]. Нарушения когнитивных функций при алкоголизме выражаются, в первую очередь, снижением способности к абстрагированию, вербального мышления, тактильных и пространственных представлений, зрительного обучения и памяти, концентрации внимания, регуляторных функций (способность к планированию, переключение между различными когнитивными процессами, скорость когнитивных процессов, принятие решений, внимание и др.) [5,6,7,8].

Актуальность нашего исследования заключается в том, что своевременная оценка высших психических функций у больных алкоголизмом позволит диагностировать степень когнитивных нарушений (а также сохраненных функций), разработать рекомендации для психокоррекции, которая является основой для трудовой и социальной реабилитации.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей когнитивных функций у больных с алкоголизмом, в зависимости от длительности заболевания с помощью набора экспериментально-психологических методик.

Материалы и методы исследования: 30 больных, страдающих алкоголизмом (II стадия) в возрасте от 27 до 50 лет, проходящих стационарное лечение на базе ОБУЗ ОНБ города Курска.

Необходимыми условиями отбора испытуемых явились: 1. Наличие алкогольной зависимости; 2. Возраст испытуемых (27-50), пол (мужской); 3. Отсутствие ЧМТ, коморбидных расстройств, алкогольных психозов; 4. Длительность алкогольной зависимости в 1-й группе (контрольная) составила от 1 года до 3 лет; во 2-й группе (экспериментальная) – от 3 до 6 лет.

Для исследования когнитивных функций (внимание, память) были выбраны следующие экспериментально-психологические методики:



Корректирующая проба «Тест Бурдона», «Таблицы Шульте», «Заучивание 10 слов». Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы STATISTICA 6.0. Для обработки данных использовался критерий U Манна-Уитни.

Полученные данные свидетельствуют о наличии различий в особенностях когнитивных функций (внимание, память) у больных алкоголизмом, в зависимости от длительности заболевания.

При исследовании внимания с помощью методики «Таблицы Шульте» статистически значимые различия были получены на этапе выполнения первой ($p = 0,020334$), четвертой ($p = 0,024531$) и пятой ($p = 0,036214$) таблиц. При выполнении методики корректирующая проба «Тест Бурдона» статистически значимые различия были выявлены по параметрам: «Устойчивость» ($p = 0,018210$), «Концентрация» ($p = 0,023412$), «Переключаемость» ($p = 0,023173$).

При исследовании памяти с помощью методики «Заучивание 10 слов» статистически значимые различия были выявлены при первом ($p = 0,021641$), четвертом ($p = 0,030435$) воспроизведении. Различия на уровне статистической тенденции были обнаружены при втором ($p = 0,067356$), третьем ($p = 0,079512$) воспроизведении. По результатам отсроченного воспроизведения были выявлены различия на высоком уровне статистической значимости ($p = 0,001763$).

Результаты проведенного экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии различий в нарушении когнитивных функций между выборками больных с алкогольной зависимостью сроком 1-3 года (контрольная группа) и больных алкоголизмом экспериментальной группы. Это позволяет сделать вывод о том, что для лиц, страдающих алкоголизмом сроком 1-3 года характерно преобладание легкой степени выраженности расстройств высших психических функций. Для лиц, сроком заболевания 3-6 лет характерно преобладание расстройств средней и глубокой степеней выраженности.

Таким образом, проведенное исследование позволило нам выявить основные нарушения когнитивных функций у больных алкоголизмом различной длительности заболевания. Полученные результаты помогут решить сложную проблему наркологии – разработать методов эффективной профилактической работы, программы лечения и реабилитации наркологических больных с учетом степени когнитивного дефицита больных с алкогольной зависимостью.



Литература

1. Дамулин И.В. Когнитивные расстройства при алкоголизме. Русский медицинский журнал. – 2005. –13 (12).
2. Зенцова Н.И., Сирота Н.А. Модель исследования когнитивных факторов психосоциальной адаптации // Вопросы наркологии. – 2008. – 1.
3. Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика. 2001. –С. 344.
4. Погосов А.В. Проблемы наркологии (лекционный курс) / А.В. Погосов. Курск: КГМУ, 2005. – 216 с.
5. Погосов А.В. Клинико-психологические особенности алкогольного делирия у больных, проживающих в экологически неблагоприятном регионе / А.В. Погосов, О.И. Лесников, Е.В. Феоктистова, Ю.В. Богушевская // Наркология. – 2014. – Т. 13., № 10 (154). – С. 42-47.
6. Руководство по аддиктологии /Под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.:Речь, 2007.– 768 с.
7. Сирота Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма /Н.А.Сирота, В.М. Ялтонский. – М.: Изд. Центр «Академия», 2003. – 176 с.
8. Тархан А. У. Особенности нарушений высших психических функций при алкогольной зависимости и их прогностическое значение / А.У. Тархан // Вопросы наркологии. 2001. № 4. – С. 60-67.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНЫМИ ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Кольцова А. А.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия
Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры психиатрии и
психосоматики Пастух И.А.**

В статье представлены результаты изучения качества жизни и состояние эмоциональной сферы у 11 больных паническим расстройством в сравнении с таковыми у 11 больных коморбидным паническим расстройством и алкогольной зависимостью.



Ключевые слова: качество жизни, эмоциональная сфера, коморбидное паническое расстройство, алкогольная зависимость.

QUALITY OF LIFE AND EMOTIONAL SPHERE OF PATIENTS WITH COMORBID PANIC DISORDER AND ALCOHOL DEPENDENCE

Koltsova A. A.

The article presents the results of a study of quality of life and a state of emotional sphere of the 11 patients with panic disorder in comparison with those of 11 patients with comorbid panic disorder and alcohol dependence.

Key words: quality of life, emotional sphere, comorbid panic disorder, alcohol dependence.

Современные научные исследования многих авторов указывают на то, что панические расстройства (ПР) занимают первое место по распространенности среди всех психических расстройств в мире (Н. Г. Незнанов, И. А. Мартынихин, С. Н. Мосолов 2017).[1] Основными проявлениями заболевания являются панические атаки (ПА), которые проявляются разнообразными сомато-вегетативными симптомами, сопровождающиеся страхами (страх смерти от инфаркта миокарда, инсульта и др.). В промежутках между ПА больной высказывает опасения за свое здоровье, обследуется у различных специалистов и находится в постоянном ожидании повторения приступов. [5,10,12]

По данным литературных источников ПР могут сочетаться с психическими, наркологическими и соматическими расстройствами(А. В. Погосов, И. А. Погосова, С. Н. Морозова, Н. В. Тутер, Ю. И. Секунда). [2,3,5,8,11,13] На протяжении ряда лет для зарубежных и отечественных исследователей остается актуальным изучение вопросов коморбидности панического расстройства и алкогольной зависимости (Д. Б. Цыганков, А. В. Погосов, С. Н. Морозова) [3,14].

В работах В. Я. Сямке с соавторами описаны клинические варианты сочетанного возникновения ПР и АЗ, а также механизмы формирования их коморбидной взаимосвязи.[6,12] Взаимовлияние указанных расстройств способствуют утяжелению их клинико-психологических проявлений, что не может не оказать существенного влияния на качество жизни таких больных. На модели коморбидных ПР и депрессии авторы изучали качество жизни пациентов(Погосова И. А., Голозубова К. Н.) [9].

Целью настоящего исследования является изучение особенностей качества жизни и эмоциональной сферы больных с коморбидными



паническими расстройствами и алкогольной зависимостью. В исследовании приняли участие 22 человека- 100%, средний возраст которых составил – 32 ± 14 лет, находящиеся на лечении в отделении неврозов ОБУЗ «Областной наркологической больницы» г. Курска. Контрольную группу составили 11 (50,0%) больных паническим расстройством (ПР). Основная группа представлена 11 (50,0%) больными коморбидными ПР и АЗ. Для оценки качества жизни и эмоциональной сферы больных использовались экспериментально-психологические методы: клинико-психологическое интервью, методика субъективной оценки личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина, методика и диагностика самочувствия, активности и настроения, анкета качества жизни SF-36. Расчеты проводились с помощью статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 6.0., использовался непараметрический критерий U Манна-Уитни.

При анализе полученных данных были выявлены различия на достоверном уровне статистической значимости в состоянии эмоциональной сферы у больных ОГ и КГ по шкале «самочувствие» ($n=20\%$, $p\text{-level} = 0,02784$), значимые различия были выявлены при исследовании шкал «эмоциональное функционирование» ($n=15\%$, $p\text{-level} = 0,00157$) и «ролевое функционирование» ($n=10\%$, $p\text{-level} = 0,00680$). По показателям личностной и ситуативной тревоги у больных ОГ и КГ статистически достоверных различий не обнаружено.

Таким образом, нами были выявлены предварительные результаты, свидетельствующие о различиях качества жизни и эмоциональной сферы у обследованных больных. Больные ОГ, в сравнении с КГ, чаще испытывают тоску, пессимистически оценивают прошлые события своей жизни и собственное физическое и психическое состояние. Из-за нарушения физического состояния больные ОГ испытывают трудности в повседневной жизни, что влечет за собой нарушение ролевого функционирования. Полученные результаты носят предварительный характер и требуют дальнейшего изучения. Целесообразно при разработке психокоррекционных мероприятий для больных ОГ и КГ учитывать состояние эмоциональной сферы и дифференцировано подходить в выборе разновидности психотерапии.

Литература

1. Незнанов Н.Г. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров / Н. Г. Незнанов, И.А. Мартынихин, С.Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств.– 2017. № 2. – С. 2-15.

2. Клинические проявления панических расстройств, сочетающихся с алкогольной зависимостью / Коваленко А.Ю., Бохан Н.А., Погосов А.В.,



Погосова И.А. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2. – С. 34-37.

3. Погосов А.В. Некоторые клинико-динамические особенности алкоголизма, сочетающегося с посттравматическими стрессовыми расстройствами / Погосов А.В., Морозова С.Н. // Материалы общероссийской конференции: Реализация программы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007-2011 гг.)». – М. ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – С. 326-327.

4. Погосов А.В. Нынешнее состояние проблемы посттравматических стрессовых расстройств (обзор литературы) / Погосов А.В., Морозова С.Н. // «Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал». – 2008. – № 1,2. – С. 8-19.

5. Погосов А.В. Коморбидная взаимосвязь панического расстройства и алкогольной зависимости (клинико-психопатологические и психологические аспекты) / А.В.Погосов, И.А. Погосова // Наркология. – 2016. – Т. 15. – № 7 (175). – С. 60-67.

6. Погосов А.В. Психопатологические механизмы коморбидной связи пограничных психических расстройств и алкогольной зависимости / А.В. Погосов, И.А. Погосова // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №4. – С. 66-73.

7. Погосов А.В. О коморбидности алкогольной зависимости и панических расстройств / А.В. Погосов, И.А. Погосова, А.Ю. Коваленко // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2005. – № 2. – С. 75.

8. Погосова И.А. Клинические особенности панических расстройств при их сочетании с коморбидной психической и наркологической патологией / Погосова И.А. // Неврологический вестник Журнал им. В.М. Бехтерева. 2012. Т. 44. № 3. С. 42-47.

9. Погосова И.А. Динамика психологических проявлений коморбидных панических и аффективных расстройств в процессе фармакологических и психотерапевтических мероприятий / Погосова И.А., Голозубова К.Н. // Практическая медицина. – 2017. – Т. 2. – № 1 (102). – С. 40-44.

10. Развитие взглядов на проблему коморбидных расстройств в психиатрии и наркологии (обзор литературы) / А.В. Погосов, И.А. Погосова, А.Ю. Коваленко, С.А. Борисов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 103-109.

11. Секунда, Ю. И. Структура и частота коморбидных тревожно-фобических состояний у женщин, страдающих паническим расстройством / Ю. И. Секунда // Актуальные вопросы клинической неврологии материалы



межрегион, науч-практ.конф., посвящ. 110-летию проф. Х. Г. Ходоса и 85-летию кафедры нервных болезней ИГМУ.– Иркутск, 2007. – С. 124-126.

12. Семке В.Я. Панические расстройства (клиника, факторы риска, лечение) / В.Я. Семке, И.А. Погосова, А.В. Погосов // Томск : изд-во том. унта. – 2003. – 191 с.

13. Тутер Н.В. Панические расстройства: неврологические и психиатрические аспекты / Н.В. Тутер // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Т. 107. – №11.– 2007. – С.84-90.

14. Цыганков Д.Б. Клинические варианты формирования панического расстройства на фоне хронического алкоголизма / Д.Б. Цыганков, Д.А. Терехова, Э. Г. Агасарян // Наркология. – 2008. – №7. – С. 57-64.

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ СТРАХОВ

Конева О.В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Курск, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики Пастух И.А.

В статье рассматривается проблема влияния детско-родительских отношений на развитие страхов у детей в младшем школьном возрасте. В ходе исследования было выявлено, что для семейных взаимоотношений обследованных нами детей с патологическими страхами и родителей характерны отсутствие внимания к детям со стороны родителей; максимальное ограничение потребностей ребенка; недостаточность обязанностей у ребенка; множество требований и запретов, предъявляемых к детям со стороны родителей; переживания родителей о возможности утраты ребенка. Указанные особенности взаимоотношений детей и родителей способствуют формированию тревожно-мнительной акцентуации личности, часто сопровождающейся страхами и фобиями.

Ключевые слова: патологические страхи, фобии, тревога, детско-родительские отношения, младший школьный возраст.



CHILD-PARENT RELATIONS IN CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE AND THEIR IMPACT ON THE DEVELOPMENT OF FEARS

Koneva O.V.

The article deals with the problem of the development of child-parent relations for the development of fears in children in primary school age. In the course of the study it was revealed that for family relationships of the examined children with pathological fears and parents; maximum restriction of the child's needs; Insufficient child's responsibilities; set of requirements and prohibitions imposed on children by parents; feelings of parents about the possibility of losing a child. Android, personality, often accompanied by fears and phobias.

Key words: pathological fears, phobias, anxiety, child-parent relations, junior school age.

На протяжении ряда лет проблема детских страхов не теряет своей актуальности. Изучением возрастных страхов занимались большое число отечественных и зарубежных психологов [1,2,5,6,7,8,9]. По данным ВОЗ диагноз фобическое тревожное расстройство в детском возрасте занимает 14 место среди заболеваний входящих в рубрику эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся обычно в детском и подростковом возрасте (F-90-F-98) [11]. По мнению А.И. Захарова младший школьный возраст – это период, в котором необходимо уделять особое внимание страхам ребенка, так как инстинктивные страхи часто трансформируются в социально-опосредованные страхи, а в подростковом возрасте – в социальные страхи и являются угрозой собственного благополучия ребенка в контексте его отношений с окружением [4]. Автор в понимание страха вкладывает аффективно, эмоционально заостренное отражение в сознании конкретной угрозы для жизни и благополучия человека.

Дискутабельным остается вопрос относительно механизма формирования страхов у детей. В данной работе мы опирались на работы А.И.Захарова[4], который считает, что на развитие страхов у ребенка влияют особенности общения между родителем и ребенком [4]. В его работе описаны основные стили детско-родительских отношений, приводящих к возникновению неврозов и страхов у детей, механизмы возникновения детских страхов. Таким образом, проблемой исследования выступило изучение влияния детско-родительских отношений на формирование страхов в младшем



школьном возрасте. Решение данной проблемы носит важный практический характер. Понимание механизмов формирования страхов у детей позволит гармонизировать когнитивное, поведенческое и эмоционально-личностное состояние ребенка и провести профилактику развития тревожно-фобических расстройств у детей младшего школьного возраста.

Целью исследования являлось изучение влияния взаимоотношений родителей с детьми на формирование детских страхов у детей младшего школьного возраста.

Для достижения данной цели мы ставили перед собой следующие задачи: сравнение эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с обнаруженными выраженными проявлениями страхов с эмоциональной сферой детей младшего школьного возраста без признаков нарушений в эмоциональной сфере, изучить особенности семейных взаимоотношений детей младшего школьного возраста с проявлениями страхов, проанализировать особенности семейных взаимоотношений у детей младшего школьного возраста без выраженных проявлений страхов, выявить механизмы связанные с особенностями детско-родительских отношений, способствующих формированию тревожно-фобических расстройств у детей младшего школьного возраста.

В основу работы положены результаты обследования 31 ребенка младшего школьного возраста. Основная группа (ОГ) представлена детьми с высоким уровнем страхов (22 чел.–70,97%). В контрольную группу (КГ) вошли (9 чел.–29,03%) здоровых детей. Исследование проводилось в МОУ средней общеобразовательной школе г. Курска. Для анализа уровня страха младших школьников использовалась методика «Страхи в домиках» предложенная А.И.Захаровым и М.А. Панфиловой, детско-родительских отношения анализировались с помощью опросника «Анализ семейных взаимоотношений» разработанный Э.Г. Эйдемиллером, В.В. Юстицкис (методика АСВ) [4,10]. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием статистического пакета STATISTICA 6.0, с применением непараметрического критерия U Манна-Уитни.

На рис.1 представлен сравнительный анализ детско-родительских отношений у детей младшего школьного возраста в основной и контрольной группах. На уровне статистической значимости ($p < 0,05$) обнаружены повышение показателей в ОГ по шкалам: (У-) «игнорирование потребностей ребенка» ($p\text{-level}=0,022$), (Т-) «недостаточность требований-обязанностей ребенка» ($p\text{-level}=0,043$). На уровне статистической тенденции ($p < 0,1$) были выше показатели в ОГ по шкалам: (З+) «чрезмерность требований и запретов» ($p\text{-level}=0,077$), (ФУ) «фобия утраты ребенка» ($p\text{-level}=0,07$).

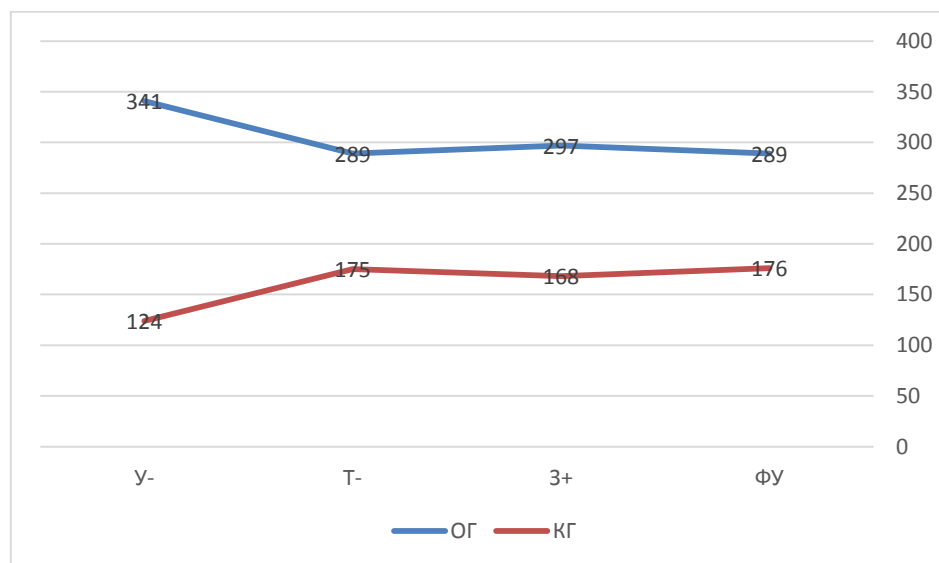


Рис. 1. Сравнительный анализ детско-родительских отношений у детей младшего школьного возраста в основной и контрольной группах.

Таким образом, для семейных взаимоотношений детей и родителей в ОГ обследованных нами детей и родителей характерны отсутствие внимания к детям со стороны родителей; максимальное ограничение потребностей ребенка; недостаточность обязанностей у ребенка; множество требований и запретов предъявляемых к детям со стороны родителей; переживания родителей о возможности утраты ребенка. Указанные особенности взаимоотношений детей и родителей способствуют формированию тревожно-мнительной акцентуации личности, часто сопровождающейся страхами и фобиями, в результате чего нарушается процесс социализации, адаптации, сокращается социальная активность ребенка. Полученные результаты исследования носят предварительный характер, требуют дальнейшего изучения для проведения профилактики тревожно-фобических расстройств у детей, за счет гармонизации детско-родительских отношений.

Литература

1. Авдеева Н.Н. Влияние стиля детско-родительских отношений на возникновение страхов у детей/Н.Н. Авдеева, Ю.А.Кочетова // Психологическая наука и образование.– 2008. – № 4.– 35с.
2. Акопян Л.С. Диагностика детских страхов и тревожности. Методическое пособие/Л.С. Акопян. – Самара: Изд-во СНЦ РАН, 2006. – 94 с.
3. Акопян Л.С. Школьные страхи и тревожности детей младшего школьного возраста, обучающихся в образовательных учреждениях разного



типа/Л.С. Акопян, Никифорова // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Психология». – 2009. – № 1.– 47с.

4. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. Серия «Психология ребенка»/А. И. Захаров. – СПб.: СОЮЗ. – 2000. – 448 с.

5. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основа семейного консультирования/О.А.Карабанова. – М., 2006. – 117 с.

6. Лисина Е.В. Общение, личность и психика ребенка/ Под редакцией Ружской А.Г. – М.: Институт практической психологии, Воронеж: Модэк, 1997-248с.

7. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика/А.М. Прихожан. – М., 2000.– 233с.

8. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека/К. Роджерс. – М., 1994.– 98с.

9. Фромм Э. Искусство любви/Э. Фромм. – М., 2004.– 44с.

10. Эйдемиллер Э.Г. Семейная психотерапия/Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб., 2000.–38с.

11. https://symptomd.ru/icd10/f93.1_fobicheskoe_trevozhnoe_rasstroystvo_v_detskom_vozraste

АЛЕКСИТИМИЯ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Константинова Ю.О.

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

Научный руководитель: Запесоцкая И.В., д.психол.н., профессор кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии

В статье рассмотрена взаимосвязь пищевого поведения и эмоционального состояния на примере случая пищевого расстройства типа булимии у девушки 19 лет. В результате бесед и проведения специальных методик было проанализировано состояние испытуемой и её пищевое и психологическое поведение. Полученные результаты позволяют проследить влияние эмоционального компонента на пищевое поведение. Даны описания результатов проведенных методик.

Ключевые слова: пищевое поведение, нарушение питания, булимия, алекситимия, факторы пищевого расстройства.



ALEXITHYMIA AS A FACTOR IN EATING DISORDERS: OF A CLINICAL CASE

Konstantinov Yu.

The article considers the link between eating behavior and emotional state using the example of an eating disorders of the bulimic type of the girl of 19 years. As a result of the conversations and conduct of special techniques was analyzed as the subject and its nutritional and psychological behavior. The obtained results allow us to trace the influence of the emotional component to eating behavior. This description of the results of the methods.

Key words: feeding behavior, eating disorders, bulimia, alexithymia, factors of eating disorders.

Одним из важнейших аспектов жизнедеятельности человека является пищевое поведение. Пищевое поведение – это отношение человека к приему пищи, ее составу и количеству в обычных условиях и при различных стрессовых ситуациях. Проще говоря, у каждого человека вырабатывается свой стиль поведения за столом, свои предпочтения и пищевые привычки, свои любимые и нелюбимые блюда, любимое время приема пищи и предпочтительная окружающая обстановка в этот период.

Различают несколько типов пищевого поведения: экстернальное, когда реакция человека срабатывает в первую очередь на внешние стимулы, которые вызывают аппетит и желание попробовать какую-то пищу, эмоциогенное («заедание стресса» и связанных с ним проблем, поглощение пищи в результате эмоционального дискомфорта) и ограничительное пищевое поведение является самостоятельной попыткой сбросить лишний вес с помощью отдельных пищевых ограничений и запретов на многие любимые и калорийные блюда, использование строгих диет [6].

Расстройство пищевого поведения влечет за собой опасные заболевания. К ним относятся: анорексия, булимия и ожирение.

Нарушение пищевого поведения характеризуется такими факторами, как отсутствие силы воли, появление апатии, замкнутости. Часто люди с подобными заболеваниями становятся асоциальны и замкнуты. У них отсутствует желание заниматься чем либо, а круг интересов сводится, так или иначе, к еде.

Расстройство питания взаимосвязано с эмоциональным состоянием человека. Люди, подверженные этой болезни часто не в состоянии осознать, что ими движет. Они перестают различать свои эмоции, что практически всегда пагубно влияет на общее состояние. Когда человек не понимает, почему он



плачет или смеется, грустит или раздражается, то он может быть подвержен стрессу и депрессии, иногда с суицидальными наклонностями.

Необходимо отметить, что в результате большого количества исследований, проводившихся в данной области, был выявлен ряд факторов, способствующих развитию заболеваний. К ним относятся: генетические факторы, биологические факторы, нейробиологические факторы, семейные факторы, личностные факторы, культуральные факторы, возрастной фактор [4].

Основным содержанием нейробиологического фактора является следующее: поскольку серотонин регулирует чувство голода и аппетит, этот нейротрансмиттер оказался в центре внимания как возможная причина и анорексии, и булимии. В сущности, присутствие серотонина ведет к чувству сытости и желанию снизить потребление пищи, поэтому понижение уровня серотонина способствует постоянному чувству голода и потреблению большего количества пищи за один прием: идеальное условие для ожорства [5].

Семейные факторы — повышенные шансы возникновения расстройства пищевого поведения у тех, чьи родители или близкие люди тоже в свое время страдали от нервной анорексии, нервной булимии или ожирения. Если существует член семьи или родственник, находящийся в депрессии или злоупотребляющий алкоголем или наркотические средства и испытывающий зависимость от них, в таком случае также повышается риск возникновения расстройства [4].

Личностные факторы — к психологическим факторам риска относятся перфекционистски-обсессивный тип личности, особенно для ограничительного типа нервной анорексии. В результате заниженной самооценки, осознания собственной неполноценности, неуверенности и несоответствия требованиям может развиваться нервная анорексия или нервная булимия [7].

Одним из важных симптомов нарушения питания (в частности булимии) является алекситимия. Термин «алекситимия» (от «а» - недостаток, «lexis»-слово, «thimos»- эмоция), введенный американским психоаналитиком П. Сифнеосом в 1969 году, буквально означает «отсутствие слов для выражения чувств» и представляет собой кластер когнитивных и аффективных нарушений, которые наблюдались в основном у психосоматических пациентов. В структуре феномена алекситимии можно выделить четыре основные характеристики: а) трудности определения и описания эмоций; 2) трудности различения эмоций и телесных ощущений; 3) бедность фантазии; 4) низкий уровень самосознания, рефлексии. Понимание структуры алекситимии за последнее время было пересмотрено: в более новой концепции алекситимии внимание исследователей сосредоточено на дефицитности когнитивных процессов в регуляции эмоций в отличие от традиционного понимания алекситимии в рамках интрапсихического конфликта [3;5].



Существует определенная взаимосвязь алекситимии и психосоматических расстройств [6]. Высокий уровень алекситимии был обнаружен у лиц, страдающих различными видами нарушений пищевого поведения – нервной анорексией, нервной булимией и компульсивным перееданием. По данным Келиной М.Ю. и Мешковой Т.А., распространенность алекситимии среди больных нервной анорексией колеблется в диапазоне 23%-77%, среди больных нервной булимией выраженность алекситимии составляет от 51% до 83% [3].

Основная проблема пациентов с НПП связана с трудностью описания и дифференциации эмоциональных состояний, которая объясняется недостаточным уровнем произвольного контроля и рефлексии. Например, результаты исследования, в котором сравнивались три группы испытуемых – с нервной булимией, депрессией и контрольная группа – показали, что девочки с нервной булимией чаще неспособны описать свои чувства и эмоции или понять причины их происхождения по сравнению с остальными группами. Также в некоторых исследованиях было доказано, что алекситимия связана не с пищевым поведением как таковым, а с психологическими характеристиками самих пациентов. Тэйлор и др. изучали взаимосвязь между шкалами опросника EDI-2 и алекситимией (Торонтская шкала алекситимии) в двух группах испытуемых. Авторы обнаружили высокую корреляцию между суммарным баллом по шкале алекситимии и шкалой «Межличностное недоверие» опросника EDI-2 в обеих группах. Проблемы различения собственно эмоций и телесных ощущений у алекситимических лиц, страдающих НПП, приводят к тому, что такие люди не способны находиться в согласии с собственным миром эмоций. В результате алекситимики перемещают фокус внимания на восприятие негативных аспектов тела с целью избегания эмоционального опыта. Таким образом, наличие алекситимии может приводить к повышению уровня неудовлетворенности собственным телом, что в дальнейшем может развиваться в нарушение пищевого поведения [3; 7].

Американский психоаналитик П. Сифнеос утверждал, что алекситимия определяется следующими когнитивно-аффективными психологическими особенностями: трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижением способности к символизации (бедность фантазии и других проявлений воображения); фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [9].

Целью описанного ниже исследования явилось выявление психологических особенностей больных с симптомами нарушения пищевого поведения.



Исследовательская база. Исытуемая Карина К. является участницей интернет-форума «Типичная анорексичка». Возраст 19 лет. Социальный статус: воспитывалась в полной семье, есть младшая сестра.

Симптоматика. Объективный анамнез: вес 53 кг при росте 166 см (ниже идеального, но в пределах нормы согласно индексу массы тела по А. Кельте). Жалоб не имеет. На внешний вид здорова, никаких внешних симптомов не наблюдается. Развивается тенденция к очищению желудка после питания. Чем калорийнее пища и больше ее количество, тем чаще и сильнее позывы и желание вызвать рвоту. Подобное поведение длится около 2,5 лет. У врача не наблюдается, на учете в клинике не стоит. Официального диагноза нет. Субъективный анамнез: осознает опасность состояния, но делать ничего не желает, так как уверена, что в противном случае быстро наберет вес. В детстве была полноватой, считает.

Условия проведения эксперимента. Беседы с пациенткой длились около месяца, осуществлялись посредством интернет-связи и социальных сетей. В ходе личной встречи были проведены необходимые пробы. Перед выполнением всех методик испытуемому давалась подробная инструкция. Полученные результаты фиксировались в протоколе. У испытуемой было взято информированное согласие.

Методический инструментарий. Нейропсихологические пробы, направленные на выявления нарушений праксиса, гнозиса когнитивных функций (А.Р. Лурия). К ним относятся: тест Озерского на реципроктную координацию рук; проба на динамический праксис «кулак – ребро – ладонь»; методика «пересчет пальцев»; проба на пальцевой гнозис и (в меньшей степени) праксис.

Для определения психического состояния были проведены следующие методики: методика самоотношения В.В. Столина; Голландский опросник пищевого поведения; методика склонности к зависимому поведению В.Д. Менделевич; опросник Eat - 26 (отношение к приему пищи); опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского; торонтская алекситимическая шкала.

Нейропсихологические пробы нарушений не выявили. Испытуемая внимательно выслушала инструкцию, вопросов не задавала. Все движения все пробы воспроизвела без путаницы, спокойно и четко. Таким образом, можно сделать вывод о том, что никаких двигательных нарушений не наблюдается, отклонений от нормы не замечено.

Выявлены следующие нарушения пищевого поведения: у испытуемой наблюдается одновременно экстернальное и ограничительное пищевое поведение. Это объясняет резкое изменение поведения, когда вначале, реагируя на внешние стимулы, испытуемая начинает поглощать пищу, а затем включается самоограничение и возникает желание очистить желудок.



Наблюдается высокая вероятность нарушения пищевого поведения, присутствие булимии.

У испытуемой ярко выражено желание похудеть (80%), обнаружена неудовлетворенность собственным телом (51%), присутствие булимии (42%), интроцептивная компетентность, ощущение общей неадекватности, перфекционизм выражены в незначительной степени.

Оценка степени неудовлетворенности внешностью как составного компонента образа тела оказалась в пределах нормы.

Карина положительно относится к себе, полностью принимает себя такой, какая она есть, признак самообвинения не выражен. Интерес представляют результаты шкал самоинтереса и самопонимания. В первом случае было набрано 100%, а во втором всего 43%. На основе данных показателей можно сделать вывод о том, что самоосознание поступков и мотивов представляет интерес для испытуемого, но достаточного понимания их пока нет.

В результате тестирования у испытуемой была выявлена сниженная способность к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений.

Здесь прослеживается определенная взаимосвязь нарушения пищевого поведения и алекситимией. Можно предположить, что неумение различать собственные эмоции послужило причиной для возникновения булимии. Таким образом, девушка, испытывая какие-либо сильные эмоции, оказалась не в состоянии понять истоки их появления, в результате чего направила свою энергию на достижение и поддержание мнимого идеала (контроль желаемого веса). Более того, имеет смысл теория, заключающаяся в том, что из-за утраты возможности различать эмоции испытываемая оказалась фактически лишена радостей жизни. Единственный источник удовольствия для нее - это осознание идеальности своего веса и внешности. Очищение желудка является осознаваемой положительной эмоцией, так как после этих процедур девушка не испытывает чувства стыда и негативной эмоций, а лишь облегчение.

В ходе личных бесед было установлено, что у испытуемой отсутствует богатое воображение, что является еще одним доказательством того, что алекситимия могла спровоцировать нарушение пищевого поведения.

Таким образом, было установлено, что выявленные нарушения поддаются коррекции. Компенсации требует только эмоциональный компонент.

Подводя итоги, можно сделать вывод о том, что гипотеза о взаимосвязи нарушения пищевого поведения и алекситимии нашла свое подтверждение в проведенном исследовании. Полученные результаты могут быть использованы в основе коррекционных программ, направленных на выявление причин пищевых расстройств и их устранение.



Литература

1. Агафьина С.Г. Алекситимия как феномен клинической психологии. Проблемы исследований/С.Г. Агафьина// Сибирский педагогический журнал. – 2011.– № 1. – С. 267-275.
2. Есин Р.Г. Алекситимия – основные направления изучения/ Р.Г. Есин, Е.А. Горобец, К.Р. Галиуллин, О.Р. Есин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114. – № 12-1. – С. 148-151.
3. Келина М.Ю. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста / М.Ю. Келина, Т.А. Мешкова // Клиническая и специальная психология.– 2012. – №2.– С. 53-65.
4. Николаева Н.О. Нарушение пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки/ Н.О.Николаева, Т.А. Мешкова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2011. – № 1 (11). – С. 39-49.
5. Погожева А.В. Основные нарушения пищевого поведения и их коррекция/ А.В. Погожева // Consilium Medicum. – 2013. – Т. 15. – № 4. – С. 87-90.
6. Проскуракова Л.А. Особенности пищевого поведения и виды его нарушения / Л.А. Проскуракова // Рациональное питание, пищевые добавки и биостимуляторы. – 2016. – № 2. – С. 118-124.
7. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: клиничко – биологический подход/О.А.Скугаревский // Медицинский журнал. – 2002. – №1. (1). – С. 82-87.
8. Шаламов В.В. В сборнике: Наука и образование в жизни современного общества. Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 18 частях. – 2013. – С. 151-153.
9. Шейнина О.А. Алекситимия как психологическая проблема современного общества. В сборнике: Психолог и вызовы современного мира материалы VIII Международного семинара молодых ученых и аспирантов. отв. ред. Н.А. Коваль/Шейнина О.А., Третьякова О.А. – 2016. – С. 135-140.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Король К.А.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия
Научный руководитель: профессор, д.м.н., заведующий кафедрой
психиатрии и психосоматики Погосов А.В.**

В статье представлены некоторые результаты исследования качества жизни больных шизофренией в процессе проведения реабилитационных мероприятий. Был изучен социальный паспорт больного, страдающего психической патологией. Изучена динамика качества жизни больных после проведения комплекса психосоциальной реабилитации. Полученные данные необходимо учитывать в процессе лечения больных шизофренией.

Ключевые слова: качество жизни, реабилитационные мероприятия, шизофрения.

QUALITY OF LIFE IN THE PROCESS OF REHABILITATION ACTIVITIES IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Korol' K.A.

The article presents some results of the study of the quality of life of patients with schizophrenia in the process of rehabilitation measures. A social passport of a patient suffering from mental pathology was studied. The dynamics of the quality of life of patients after a complex of psychosocial rehabilitation was studied. The data obtained should be taken into account in the treatment of patients with schizophrenia.

Key words: quality of life, rehabilitation measures, schizophrenia.

У больных, страдающих психической патологией, показатели качества жизни и социального функционирования значительно ниже, чем в общей популяции [8]. Для больных шизофренией изучение этих показателей является важным компонентом, как в разработке программы психосоциальной реабилитации, так и в оценке эффективности проводимого лечения пациентов [2, 3].



С целью оценки качества жизни больных шизофренией в процессе проведения реабилитационных мероприятий нами было проведено исследование, в котором приняли участие 20 больных с диагнозом «параноидная шизофрения», находящихся на лечении в дневном стационаре с амбулаторно-реабилитационным центром ККПБ.

В контрольную группу вошли 20 больных, которые были обследованы при поступлении в дневной стационар до начала проведения реабилитационных мероприятий. В основную группу вошли 20 больных, обследованные перед выпиской из стационара, которые наряду с предусмотренной стандартами психофармакотерапией, принимали участие в проводимых мероприятиях психосоциальной реабилитации с позиции биопсихосоциального подхода [5, 6].

Эмпирические исследования качества жизни больных шизофренией проводились с помощью клинико-психопатологического, психодиагностического методов (клиническая беседа, опросник качества жизни ВОЗ, специальный модуль психического здоровья – ВОЗКЖ – СМ, методика «Реабилитационный потенциал личности» разработанная И.Ю. Кулагиной и Л.В. Сенкевич) и методы описательной статистики [4, 9].

Возраст респондентов варьировал от 25 до 65 лет. Средний возраст обследуемых составил 47,4 года. Гендерное распределение больных составило преобладание в выборке лиц женского пола (12 человек – 60%). Наибольший удельный вес участвовавших в опросе, приходился на лиц со средним специальным образованием 60%, среднее и высшее (незаконченное высшее) образование имели по 20% больных. При оценке семейного положения больных шизофренией было выявлено: что 40% обследованных состоят в браке, 30% - холосты и 30% - разведены. Из 20 респондентов 60% имеют детей. Исследуя трудовой статус пациентов, было выявлено, что 100% респондентов в настоящий момент не работают, но инвалидность имеет 90%, они получают пособие по инвалидности и не имеют других источников доходов. 10% опрошенных не имеют группы инвалидности и не работают, находясь на попечении родственников.

При оценке качества жизни больных при поступлении в дневной стационар до начала проведения реабилитационной программы у 60% опрошенных был обнаружен низкий уровень качества жизни, у 40% - среднее качество жизни, ни у одного из респондентов не было выявлено высокого качества жизни. Среднее значение качества жизни больных до начала проведения реабилитационных мероприятий составляло 131 бал (45,6%), что соответствовало низкому уровню качества жизни.

Исходя, из представленных данных можно сделать вывод, что данное заболевание значительно снижает качество жизни больных. Это может быть



обусловлено многими факторами влияния болезни на психическое и физическое здоровье больных [4, 7].

При оценке результатов исследования больных после включения их в группу психосоциальной реабилитации и начала реабилитационных мероприятий было выявлено, что качество жизни больных шизофренией увеличилось и составило 138 баллов (48,4%) – среднее качество жизни. Из них 60% респондентов имели среднее качество жизни, 40% - низкое качество жизни (рис. 1).

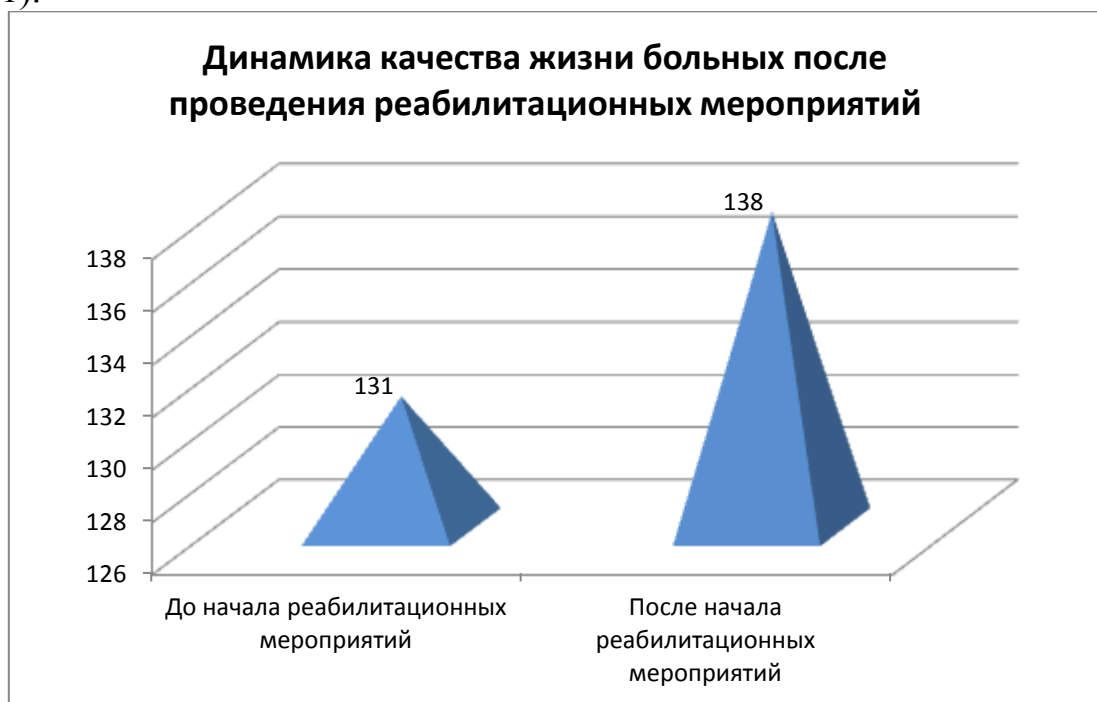


Рис. 1. Динамика качества жизни больных после проведения реабилитационных мероприятий

Из представленных данных видно, что качество жизни при поступлении больных в стационар было низким, после проведения психосоциальной реабилитации показатели качества жизни повысились на 3,3%.

Так же было проведено исследование реабилитационного потенциала у больных шизофренией до начала реабилитационных мероприятий, в результате чего, были получены следующие данные. Среднее значение реабилитационного потенциала для данной группы респондентов составляет 50,5% (32% – 64%). Реабилитационный потенциал среди женского пола составляет 53,3%; среди мужского пола – 47,7%, что говорит о неприсущности гендерных различий для реабилитационного потенциала.

Нами были проанализированы показатели реабилитационного потенциала в самой младшей и самой старшей возрастной группе, в результате чего было



выявлено, что реабилитационный потенциал самого старшего участника группы, значительно ниже (на 32%), чем у самого младшего респондента.

Выводы. В результате проведенных исследований у больных шизофренией в процессе проведения психосоциальной реабилитации обнаружено повышение показателей качества жизни. Это является результатом проведения комплекса реабилитационных мероприятий с позиций биопсихосоциального подхода. При сравнительном анализе показателей качества жизни было выявлено, что его уровень при поступлении больных в стационар был низким и составлял 131 бал, а после проведения психосоциальной реабилитации, исследуемые показатели повысились на 3,3%. Полученные результаты отражают эффективность проведения реабилитационных мероприятий наряду с психофармакотерапией для больных шизофренией.

Выявлена связь реабилитационного потенциала с возрастом больных. Было установлено, что у больных шизофренией, поступающих повторно с большей продолжительностью заболевания реабилитационный потенциал значительно ниже, чем у впервые поступивших больных с относительно небольшой продолжительностью заболевания.

Выявлена закономерность, чем раньше больной шизофренией включается в психореабилитационные мероприятия, тем большая их эффективность отмечается в отношении качества жизни, что необходимо учитывать в процессе лечения.

Литература

1. Жукова О.А. Качество жизни как критерий оценки состояния больных шизофренией /О.А.Жукова, И. Л. Кром //Наука и современность. – 2012. –№15-1.
2. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) / М.М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т.11. –№1. – С.22-27.
3. Коблова А.А. Медико-социологическое обоснование социального функционирования и качества жизни больных с психическими расстройствами /А.А. Коблова, И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10-6. – С. 1381-1385.



4. Кулагина И.Ю. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях/ И.Ю.Кулагина, Л.В. Сенкевич // Культурно-историческая психология. – 2015. – Том 11. – № 1. – С. 50–60.

5. Погосов А.В. Психосоциальная реабилитационная технология помощи больным шизофренией / А.В. Погосов, В.Г. Севостьянов, Е.В. Племенова и др. // Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». – Москва, 2004. – С. 103–104.

6. Севостьянов, В.Г. Психообразовательные программы – от теории к практике / В.Г.Севостьянов, А.В.Погосов, А.А.Голодова, Е.В.Гуреева,Ю.В.Богушевская, И.А.Погосова // Материалы Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход)», посвященная 10-летию кафедры психиатрии и психосоматики (13 - 14 мая 2013), г. Курск.

7. Филимонов А.П. Качество жизни пациентов с психическими расстройствами / А.П. Филимонов, Б.Ю. Володин/ Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2011. – №2.

8.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕБЁНКА С НАРУШЕНИЕМ СВОЙСТВ ВНИМАНИЯ

Корсунова Е.Д.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Курск**

**Научный руководитель: Молчанова Л.Н., д. психол. н., профессор
кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии**

В данной статье раскрывается содержание исследования, посвящённого изучению свойств внимания у ребёнка старшего дошкольного возраста. Представлены цель и база исследования, применяемые методики. Описаны результаты исследования.

Ключевые слова: свойства внимания, старший дошкольный возраст.

**CLINICAL CASE: NEUROPSYCHOLOGICAL RESEARCH OF CHILD
WITH VIOLATION OF PROPERTIES OF ATTENTION**



Korsunova E. D.

The article reveals the content of the research devoted to the study of the properties of attention in a child of senior preschool age. Presents the purpose and basis of the research, the applied methodology. Research results are described.

Keywords: properties of attention, senior preschool age.

Внимание занимает важную роль в регуляции психических процессов и познавательной деятельности на всех этапах индивидуального развития. Успешность в обучении, в овладении той или иной деятельностью зависит в значительной степени от внимания ребенка, поскольку внимание является неспецифической основой любого успешно протекающего психического процесса. Оно всегда включено в деятельность, является важнейшим условием её продуктивности и выступает в единстве с различными психическими процессами – познавательными, эмоциональными, волевыми. [1] Следовательно, нарушение внимания может вызывать трудности в обучении.

Проблемой изучения внимания в течение многих десятков лет занимались и занимаются известные зарубежные и отечественные психологи и педагоги (Дж.Миль, И.Гербарт, Т.Рибо, С.Л.Рубинштейн, Н.Ф.Добрынин, Л.С.Выготский, П.Я.Гальперин, Л.Н.Леонтьев, Р.С.Немов, Г.А.Урунтаева и др.).

Подчеркивая педагогическое значение внимания, Л.С.Выготский указывает на его интегральный, целостный характер. От работы внимания зависит вся картина воспринимаемого нами мира и самих себя. «Управляя вниманием, — писал Л.С.Выготский, — мы берем в свои руки ключ к образованию и к формированию личности и характера». [3]

На протяжении дошкольного возраста развиваются свойства внимания и его произвольность. Ребёнок научается управлять собой и сознательно направлять своё внимание на определённый предмет. В дошкольном возрасте увеличивается объем внимания, т.е. то количество объектов, которое может быть отчетливо воспринято в относительно короткий промежуток времени. Изменяется устойчивость внимания как способность сохранять сосредоточенность в течение длительного времени на объекте. [4] Концентрация внимания означает удержание внимания на каком-либо объекте. Переключаемость внимания понимается как его перевод с одного объекта на другой, с одного вида деятельности на другой. Распределение внимания



говорит о том, что ребенок может направлять и концентрировать внимание на нескольких предметах одновременно.

Развитие свойств внимания очень важно для детей именно старшего дошкольного возраста, поскольку в этом возрасте происходит переход ребёнка к учебной деятельности. Учитывая высокую распространённость нарушения внимания, его исследование является актуальным.

Цель клинического анализа: описание нейропсихологического статуса ребёнка с нарушением свойств внимания.

Нейропсихологическое исследование проходило на базе МБДОУ «Детский сад комбинированного вида №24», г. Курск.

Методический инструментарий. Использовались при исследовании следующие методики: методика «Корректирующая проба» (Б. Бурдон), методика «Запомни и расставь точки» (В. Богомолов), методика «Проставь значки» (тест Пьерона-Рузера), методика «Кольца Ландольта» (Э.Ландольт), методика «Найди и вычеркни» (Т.Д.Марцинковская). [2;5]

Анамнез

Девочка, МАВ, 6 лет, учится в группе №12. Хронические заболевания отсутствуют. Черепно-мозговые травмы отсутствуют.

Результаты нейропсихологического исследования

Во времени, месте и личности ориентирована. Эмоциональные реакции присутствуют, адекватны ситуации. В контакт вступает охотно. На вопросы отвечает по существу. Правша. В процессе обследования отвлекается.

При исследовании концентрации внимания при помощи методики «Корректирующая проба» выявлены нарушения. Присутствуют пропуски при выполнении методики.

При исследовании объёма внимания методикой «Запомни и расставь точки» ошибки отсутствуют.

При исследовании распределения внимания методикой «Проставь значки» присутствуют ошибки в виде пропусков фигур.

При исследовании переключения внимания методикой «Кольца Ландольта» присутствуют ошибки в виде пропусков и неправильно зачёркнутых колец.

При исследовании устойчивости внимания методикой «Найди и вычеркни» ошибки отсутствуют.

Выводы

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует следующие нарушения: нарушение концентрации внимания, нарушение распределения внимания, нарушение переключаемости внимания.



Литература

1. Баскакова И. И. Внимание дошкольника, методы изучения и развития/ И. И. Баскакова. - М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК».- 1995. -64 с.
2. Воронин А. Н. Методики диагностики свойств внимания / А. Н. Воронин. //Методы психологической диагностики /Под ред. В. Н. Дружина, Т. В. Галкиной. - М.- 1993. -С. 16-27
3. Выготский, Л.С. Вклад отечественных ученых в изучение проблемы развития внимания в целом и развития внимания у детей дошкольного возраста /Л.С.Выготский, Д.Б.Эльконин, П.Я.Гальперин.- М.:Просвещение.-2001. – с.123.
4. Мухина В.С. Возрастная психология /В.С. Мухина. – М.: Изд-во «Академия».- 2000. – 205с.
5. Немов Р.С. Психология : в 3 кн. К.1 / Р.С. Немов. – М. : Владос.- 2010. – 688 с

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕХНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК АЙТРЕКЕРОВ

Краснов В.С., Коробкин Н.Э.

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

**Научный руководитель: д. психол.н., профессор, зав. кафедрой
психологии здоровья и коррекционной психологии Никишина В.Б.**

В этой статье приведены результаты сравнительного анализа технических и функциональных характеристик разных моделей айтрекера. Показано, что от типа окуломоторной аппаратуры и технических характеристик зависят ее функциональные параметры.

Ключевые слова: окуломоторная активность, точность определения положения глаз, мобильные айтрекеры, стационарные айтрекеры, базовое устройство.



COMPARATIVE ANALYSIS OF THE TECHNICAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF ITREKERS

Krasnov V.S., Korobkin N.E.

This article presents the results of a comparative analysis of the technical and functional characteristics of different models of the eyetracker. It is shown that its functional parameters depend on the type of oculomotor equipment and technical characteristics.

Key words: oculomotor activity, the accuracy of determining the position of the eyes, mobile eyetracker, stationary eyetracker, the basic device.

Системы регистрации движений глаз – айтрекинг (от англ. Eye-tracking), являясь передовыми методами диагностики, позволяют отслеживать особенности глазодвигательной активности. Барабанщиков В. А и Жегалло А. В. в качестве характеристик глазодвигательной активности выделяли: позиции и продолжительность фиксации, латентность и амплитуду саккад, продолжительность и частоту морганий, области интереса и игнорирования [3,5]. **Актуальность** подобного аппаратного метода обусловлена его высокой экологической валидностью и точностью измерения [4].

В последнее время окуломоторная тематика стала очень популярной. В странах Европы и Америки число исследований, использующих движения глаз в качестве индикатора состояний, психических процессов и поведения людей, растет по экспоненте. Отечественная психология, в свою очередь, имеет глубокие традиции и достижения мирового значения в разработке проблем окуломоторной активности (Зинченко В. П., Гиппенрейтер Ю. Б., Ломов Б. Ф., Тихомиров О. К., Глезер В. Д., Гуревич Б. Х., Владимиров А.Д. и другие). В отечественных психологических исследованиях на данный момент обнаруживается увеличение объема тематических публикаций с использованием айтрекеров [2].

Видеоайтрекинг является наиболее распространенной формой айтрекинга, так как повышенная скорость процессоров и современные технологии цифровой видеообработки понизили стоимость и существенно увеличили эффективность оборудования [6].

Целью настоящего исследования является проведение сравнительного анализа технических и функциональных характеристик основных современных моделей видеоокулографии. На основе полученных результатов становится возможным выделение наиболее востребованных для научных исследований моделей на основе их повышенной точности отслеживания особенностей глазодвигательной активности.



Объект исследования: технические и функциональные характеристики современных айтрекеров.

Все айтрекеры делятся на мобильные и стационарные[6]. На основе анализа литературных источников были выделены следующие технические характеристики:

1) Мобильных айтрекеров (носимых на голове самим испытуемым): поле зрения камеры, угол обзора, частота обработки данных.

2) Стационарных айтрекеров (фиксированных): частота обработки данных, область свободного поворота головы, базовое устройство (включенные в монитор, прикрепленные к монитору или находящиеся отдельно от него), допустимое диагностическое расстояние.

Функциональные характеристики айтрекеров обоих видов представлены точностью определения положения глаз. Данный параметр является обобщенным показателем эффективности регистрируемых движений.

Предмет исследования: сравнительный анализ технических и функциональных характеристик разных современных моделей айтрекера.

Гипотеза исследования: наблюдаются различия между функциональными характеристиками моделей современных айтрекеров на основе различий их технических параметров.

Сравнительный анализ технических и функциональных характеристик производился в три этапа. Первый этап заключался в сравнении айтрекеров стационарного типа. Были взяты следующие айтрекеры: Pro T60XL, Pro TX300, Pro X2-30 (компании Tobii), RED, RED 500, Hi-Speed 1250 (компании iView XTM), GP3 Desktop, EAS Binocular, The eyetribe tracker (экономный вариант айтрекера). Вышеуказанные модели сравнивались по заданным критериям (Табл.1).

Таблица 1
Сравнительная характеристика стационарных айтрекеров

Модель	Характеристики				
	Технические				Функциональные
	Частота (Гц)	Область пов. головы (см)	Допустимое расстояние (см)	Базовое устройство	Точность определения положения глаз (в гр.)
Tobii Pro T60XL	60	44 x 22	50 – 80	Встроено в монитор	0.22
Pro TX300	300	37 x 17	50 – 80	Крепление к монитору	0.14
Pro X2-30	30	50 x 36	40–90	Отдельно от монитора	0.32



iView XTM RED	50-60	40 x 38	60-80	Отдельно от монитора	0.4
RED 500	До 500	40 x 40	60-80	Отдельно от монитора	0,4
Hi-Speed 1250	500 -1250	-	30-40	Отдельно от монитора	0.2-0.5
GP3 Desktop	60	25 x 11	50-80	Отдельно от монитора	0.5-1
EAS Binocular	120	75 x 64	43-83	Несколько комплектаций	0.4
The eyetribe t.	30-60	40 x 30	45-75	Отдельно от монитора	0.5-1

Исходя из таблицы 1, нами были получены следующие результаты:

1) Диапазон частоты процессоров окуломоторных аппаратов располагается от 30 Гц до 1250. По данным современных исследований частоты в 30 Гц не хватает для высокой точности обработки результатов [3]. Проведение простых исследований для составления «термокарты» требует начальной частоты в 50-60 Гц. На основе показателей в таблице 1 можно говорить о том, что не каждая модель айтрекера подойдет для проведения сложных научных исследований, которые требуют начального приблизительного уровня частоты обработки данных в 100 Гц. Частота четырех из девяти айтрекеров находится ниже уровня 60 Гц (могут применяться в упрощенных исследованиях). Три модели находятся выше отметки в 100 Гц (Использование их в высокоточных научных исследованиях). Остальные подойдут для исследований любой сферы с «нормальной» точностью регистрации.

2) Наблюдают различия между параметрами области свободного поворота головы и допустимого расстояния для диагностики между моделями айтрекеров. Результаты сравнения данных параметров не зависимы друг от друга, также они не зависимы от показателя частоты. Например, модель «EAS Binocular» имеет самые высокие показатели по критерию поворота головы (75 x 64) и допустимому расстоянию (до 83 см), имея частоту в 120 Гц. А модель «Hi-Speed 1250» имеет частоту до 1250, отсутствие возможности поворота головы и допустимое расстояние диагностики в 40 см. Исходя из данных показателей, можно сказать, что при проведении научного исследования и выборе окуломоторной аппаратуры, исследователю необходимо исходить из поставленных целей. Айтрекер должен соответствовать им по своим техническим характеристикам.



3) Точность айтрекеров находятся в диапазоне от 0.14 до 1 гр., где наименьшее значение имеет высший показатель эффективности фиксации изменений положения глазных яблок. Для проведения упрощенных исследований достаточно показателя 0.5. Показатель выше данной точности может привести лишь обобщенные результаты исследования окуломоторной активности глаз. Например, модель «The eyetracker t.» является бюджетным вариантом айтрекинга имеет показатель точности в 1 гр., что свидетельствует о невозможности использования его в широкомасштабных психологических исследованиях. Данный айтрекер не имеет программного обеспечения, с помощью которого производится анализ движения глаз, что существенным образом ограничивает его сферу применения.

На втором этапе исследования был проведен сравнительный анализ следующих мобильных айтрекеров: Tobii Pro Glasses 2, ETG 2.0, EyeLink II, SMI Eye Tracking Glasses. Вышеуказанные модели сравнивались по заданным ранее критериям (Табл.2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика мобильных айтрекеров

Модель	Технические характеристики			Функциональные характеристики
	Поле зрения камеры	Угол записи/угол обзора	Частота (Гц)	Точность определения положения глаз (в гр.)
Tobii Pro Glasses 2	90°	82° по горизонтали, 52° по вертикали	50-100	0.5
ETG 2.0	63° по горизонтали, 41° по вертикали	70° по горизонтали, 55° по вертикали	60	0.5
EyeLink II	Более 90°	40° по горизонтали, 36° по вертикали	250-500	0.5
SMI Eye Tracking Glasses	60° по горизонтали, 46° по вертикали	80° по горизонтали, 60° по вертикали	30	0.5

Исходя из таблицы 2, нами были получены следующие результаты:

1) Различия в технических характеристиках мобильных айтрекеров не так сильно влияют на функциональные параметры, как в стационарных аппаратах. Поля зрения камеры и угол обзора испытуемого и частота непосредственно зависят от базового устройства «носимого» айтрекера («Tobii Pro Glasses 2» - очки, которые не затрудняют естественное поведение, поэтому угол обзора и записи достаточно высокие при низкой средней частоте. EyeLink II -



окуломоторная установка, располагающаяся на голове испытуемого, имеет низкий уровень обзора испытуемого, широкое поле зрения камеры и очень высокую частоту).

2) Различия в технических характеристиках не повлияли на функциональную точность моделей (0.5). Данный показатель подходит для проведения точных научных окуломоторных исследований.

Третий этап заключался в сравнении средних показателей точности определения положения глаз между мобильными и стационарными айтрекерами. Функционального показателя мобильных айтрекеров хватает для проведения точных окуломоторных исследований. При этом не все стационарные образцы подходят для этой сферы применения, они направлены на маркетинговые исследования и разработки компьютерных приложений.

Выводы: В ходе проведенного исследования были выявлены следующие закономерности: 1) Технические характеристики айтрекера влияют на его функциональные параметры, что подтверждает подвинутую нами гипотезу. 2) Диапазон показателя точности определения положения глаз более вариативный в стационарных окуломоторных аппаратах. 3) Не все модели современных айтрекеров по своим функциональным характеристикам подходят для высокоточных исследований движения глаз. 4) Тип айтрекера (стационарный, мобильный) влияет на точность диагностики окуломоторной активности, области проведения исследования, естественности результатов.

Литература

1. Алёшин В.П. Реинжиниринг программно-аппаратного комплекса для тренировки перемещений по обитаемым космическим аппаратам в виртуальном окружении. Труды Международной научной конференции. Том 2. «Ситуационные центры и информационно-аналитические системы класса 4I для задач мониторинга и безопасности» (SCVRT2015-16)/В.П.Алёшин, В.О.Афанасьев, В.Ф.Захарушкин, А.С.Клименко, С.В. Клименко. – 2015. – С. 242-246.

2. Барабанщиков В.А. Методы регистрации движений глаз в психологии: основы учебно-методического комплекса /В.А.Барабанщиков, А.В. Жегалло // Экспериментальная психология.– 2014.– № 1.– С. 132–134.

3. Барабанщиков В.А. Методы регистрации движений глаз: теория и практика [Электронный ресурс] / В.А. Барабанщиков, А.В. Жегалло // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 5.– С10.

4. Грушко А.И., Леонов С.В. Использование систем регистрации движений глаз в психологической подготовке спортсменов /А.И. Грушко, С.В. Леонов // Национальный психологический журналю. – 2013.– №2.– С.108.



5. Грушко А.И. Технологии регистрации движений глаз в психологической подготовке спортсменов / А.И. Грушко // Новые технологии в спорте: наука и практика. – Казань, 2013. –С 12.

6. Фазылзянова Г.И. Айтирекинг: когнитивные технологии в визуальной культуре / Г.И. Фазылзянова, В.В. Балалов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2014.– №2. – С.629-630.

7. <http://usabilitylab.ru/blog/eye-trackers-i-ih-vozmozhnosti/> (дата обращения: 02.11.17).

УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА С РАЗНЫМИ ВИДАМИ МОТИВАЦИИ И СТАТУСАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Лебедев И.Ю.

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

Научные руководители: Молчанова Л.Н., Кузнецова А.А.

В статье представлены результаты эмпирического исследования особенностей успеваемости студентов медицинского колледжа с разными видами учебной мотивации и разными статусами профессиональной идентичности. В ходе исследования было установлено, что именно при несформированной профессиональной идентичности определяется безразличное и отрицательное отношение к учению и может обнаруживаться сниженная или вовсе низкая успеваемость и неуспеваемость учащегося.

Ключевые слова: учебная мотивация, статус идентичности, идентичность, образование

THE ACADEMIC PERFORMANCE OF STUDENTS OF A MEDICAL COLLEGE WITH DIFFERENT TYPES OF MOTIVATION AND STATUSES OF PROFESSIONAL IDENTITY

Lebedev I. Yu.

The article presents the results of empirical studies of the academic performance of students of a medical College with different types of academic motivation and different statuses of professional identity. In the study, it was found



that the unformed of professional identity is determined by indifferent and negative attitude towards learning and may show reduced or even low academic performance and underachievement of the student.

Key words: educational motivation, identity status, identity, education

Проблема изучения факторов, влияющих на успеваемость не нова, данные об успеваемости студентов при разной мотивации к учебной деятельности, в зависимости от когнитивного стиля представлены в многочисленных работах [2,5,6,7,]. Меньше изучена успеваемость обучаемых в зависимости от пола в период ранней юности и формировании идентичности [1]. Это придает актуальность исследованиям в этой области, которые могут способствовать не только повышению качества обучения, но и конструированию образов и способов профессиональной и личностной самореализации, формированию профессиональной и личностной идентичности обучаемых, успешному, инициативному и творческому выполнению ими своих учебно-профессиональных функций [10].

Целью явилось изучение влияния на успеваемость студентов медицинского колледжа мотивации к обучению в период юности и статуса идентичности.

Объект исследования: успешность учебной деятельности студентов медицинского колледжа в период формирования идентичности.

В выборку вошло 210 человек (85 юношей и 125 девушек), учащихся медицинского колледжа в возрасте 17-18 лет. Показатель успеваемости оценивался по данным зачетной книжки. Отличная успеваемость при наличие среднего балла 4,5 - 5,0, хорошая - 3,5 – 4,4 балла, удовлетворительная 3,0-3,4 балла.

В комплект психодиагностических методик вошли: методика учебная мотивация А.А. Реана и В.А. Якунина в модификации Н.Ц. Бадмаевой [2], методика профессиональная идентичность Г.Г. Грецова и А.А. Азбель [4]. Исследование осуществлено на основе информированного согласия.

В ходе исследования было установлено, что среди его участников преобладают студенты с хорошей успеваемостью – 47,6% (100 чел.). У 35,7% (75 чел.) –удовлетворительная успеваемость, у 16,7% (35 чел.) – отличная успеваемость.

В качестве рабочей гипотезы принималось мнение о том, что студент медицинского колледжа, находящийся на предпоследнем этапе (3-й курс) перед получением своей первой квалификации, должен обладать сформированной профессиональной идентичностью, которая станет залогом его дальнейшего профессионального роста. В результате диагностики статуса идентичности выявлено, что кризис выбора (мораторий) у 55 (26,2%) студентов колледжа.



Следует иметь в виду, что, по данным научной литературы [1], большая часть молодых людей после «кризиса выбора» все-таки переходит к состоянию сформированной идентичности. В редких случаях у них формируется навязанная идентичность.

Сформированная профессиональная идентичность установлена у 100 (47,6%) студентов колледжа, что явилось показателем достаточной осознанности их профессионального выбора. Навязанная профессиональная идентичность была у 4-х студентов колледжа, составляя 9,6% от общего числа исследованных. Эти лица были несамостоятельны в выборе места обучения и, скорее всего, поддались влиянию со стороны, что подтверждалось в ходе индивидуальных бесед. Неопределенная профессиональная идентичность, указывающая на отсутствие выбора жизненного пути, нечеткие представления о карьере наблюдалась нами у 35 студентов колледжа или в 16,6%. Интересно, что данная проблема ими явно не осознавалась.

Данное исследование позволяет предположить, что профессиональная идентичность у студентов колледжа существенно различается, и это требует изучения ее влияния на учебную мотивацию.

Исследование мотивации достижения выявило преобладание студентов со средней мотивацией (110 чел., 52,4%). При этом студентов с мотивацией достижения успеха было больше в группе мужчин – 30 чел. (35,4%), чем в группе женщин – 25 чел. (20%). Студентов с мотивацией избегания неудачи было значительно больше в группе женщин – 40 чел. (32%), чем в группе мужчин – 5 чел. (5,8%).

Таким образом, данные свидетельствуют о половых различий в мотивации достижения и соответствуют данным, полученным другими авторами [1,7].

У студентов с отличной успеваемостью преобладала мотивация достижения успеха, у студентов с хорошей успеваемостью обнаружена средняя мотивация. У студентов с удовлетворительной успеваемостью: в группе мужчин преобладает средняя мотивация, а в группе женщин – преобладают мотивация избегания неудачи и средняя мотивация.

Результаты изучения успеваемости студентов с разным статусом профессиональной идентичности представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количественное распределение студентов с разной успеваемостью по типам профессиональной идентичности

Тип	Всего	Отличная	Хорошая	Удовлетворительная
-----	-------	----------	---------	--------------------



идентичности	студентов	успеваемость	успеваемость	успеваемость
Сформированная	100	25 (25±4,3%)	65 (65±4,7%)	10 (10±3,0%)
Мораторий	55	10 (18,2±5,2%)	25 (45,4±6,7%)	20 (36,4±6,5%)
Неопределенная	35	0	10 (28,6±10,9%)	25 (71,4±7,6%)
Навязанная	20	0	0	20 (100%)
Итого	210	35	100	75

Преобладание отличных (25±4,3%) и хороших (65±4,7%) оценок было выявлено при сформированной идентичности, а при моратории соответственно у 18,2±5,2% и 45,4±6,7%. Большинство удовлетворительных оценок демонстрировали студенты с неопределенной (71,4±7,6%) и навязанной (100%) идентичностью.

В ходе исследования было установлено, что именно при несформированной профессиональной идентичности определяется безразличное и отрицательное отношение к учению и может обнаруживаться сниженная или вовсе низкая успеваемость и неуспеваемость учащегося.

Поскольку мотивация является важной гуманистической составляющей современной модели обучения, успешность учебной деятельности зависит не только от природных способностей, но и от развития учебной мотивации, которые находятся в диалектическом единстве [1,3]. Мотивация к учебной деятельности в период юности и формирование идентичности имеет большое значение. Так как в это период вырабатываются ценностные ориентации, формируется мировоззрение, моральное сознание и самосознание.

Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены различия в успеваемости студентов при разной мотивации и разном статусе профессиональной идентичности, что необходимо учитывать при повышении успешности учебной деятельности.

Литература

1. Анищенко С.А. Особенности профессиональной и гендерной идентичности в старшем подростковом и юношеском возрасте: дис. ...канд. психол. наук / С.А. Анищенко. – М., 2006. – 140 с.
2. Бадмаева Н.Ц. Влияние мотивационного фактора на развитие умственных способностей: монография/Н.Ц. Бадмаева. – Улан-Удэ: Издательство ВСГТУ, 2004. – 280 с.
3. Гордеева Т.О. Мотивация учебной деятельности школьников и студентов: структура, механизмы, условия развития: дис. ... д-ра психол. наук / Т.О. Гордеева. – М., 2013. – 444 с.



4. Грецов А.Г. Психологические тесты для старшеклассников и студентов/А.Г. Грецов, А. А. Азбель. – СПб.: Питер, 2012. – 208 с.
5. Гуськова Т.В. Оценка эффективности деятельности педагогических работников высшей школы /Т.В. Гуськова, Ю.А. Дианова // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. – 2016. – №3 (250). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-effektivnosti-deyatelnosti-pedagogicheskikh-rabotnikov-vysshey-shkoly>.
6. Жигинас Н.В. Психология кризиса идентичности студентов: персонологическая концепция, феноменология, медико-психологическое сопровождение: дис. ... д-ра психол. наук / Н.В. Жигинас. – Томск, 2011.– 449 с.
7. Луцкова, Л.Н. Русина Н.А. Исследование факторов, влияющих на учебную мотивацию студентов медицинского вуза. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012.–№ 1. – URL: <http://medpsy.ru>.
8. Мешков Н.И., Мешков Д. Н. Мотивация личности как ключевая проблема психологии // Интеграция образования. – № 1 (78).–Т.19.– 2015. – С.37-42.
9. Никишина В.Б., Петраш Е.А. Методика исследования личностной идентичности: методология и технология стандартизации // Научные и гуманитарные науки. –№ 13 (184).– Т. 22. – 2014. – С.354-361.
10. Орлов Ю.М. Потребностно-мотивационные факторы эффективности учебной деятельности студентов вуза: дис. ... д-ра психол. наук/ Ю.М. Орлов. – М., 1984.– 525 с.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лобурец В.А.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия
Научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и
психосоматики Николаевская А.О.**

В специальной литературе подчеркивается, что от 20 до 60% детей обращаются за помощью к педиатрам с такими аллергическими заболеваниями, как бронхиальная астма, атопический дерматит, крапивница. Среди многочисленных факторов, ведущих к возникновению бронхиальной астмы,



которая традиционно рассматривалась в русле психосоматических расстройств, наиболее часто встречающимися являются дисгармоничные, конфликтные отношения в семье, особенности воспитания, перенесенный психотравмирующий опыт, завышенные требования к возможностям ребенка. Статья отражает результаты исследования особенностей семейных отношений у детей младшего школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой.

Ключевые слова: психосоматика, дети, астма.

SPECIAL FEATURES OF FAMILY RELATIONS OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH ALLERGIC ASTHMA

Loburets V.A., Nikolaevskaya A.O.

From 20% to 60% of children turn to pediatricians with bronchial asthma. Among many factors contributing to the emergence of these psychosomatic disorders of children the most important place takes disharmonious, conflicting relations in their families, features of upbringing transferred traumatic experience, high requirements from parents to a child. The results of studying the characteristics of family relationships at primary school children with asthma are presented in the article.

Key words: psychosomatics, children, asthma.

Рост психосоматических расстройств среди детского и подросткового населения обуславливает актуальность так называемого психосоматического подхода в определении причин возникновения, а также особенностей течения отдельных состояний. По данным специальной литературы от 20% до 60% детей младшего школьного возраста обращаются за помощью к педиатрам с такими аллергическими заболеваниями, как бронхиальная астма, атопический дерматит и крапивница [8].

Бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся их гиперреактивностью, которое проявляется повторными эпизодами одышки, затруднения дыхания, чувства сдавления в груди и кашля, возникающими преимущественно ночью или ранним утром [2]. В научных публикациях последних лет представлены сведения о влиянии хронически протекающих психосоматических расстройств на развитие и формирование личности ребенка [10]. Исследователями отмечено, что для больных, в отличие от здоровых детей, характерны изменения на поведенческом, эмоциональном и личностном уровне, а также нарушение адаптации к социальной среде [3, 5, 7].

Среди многочисленных факторов, ведущих к возникновению бронхиальной астмы у детей, наиболее часто встречаемыми выступают



дисгармоничные, конфликтные отношения в семье, негативные особенности воспитания, перенесенный психотравмирующий опыт, а также завышенные требования к возможностям ребенка со стороны родителей [1, 2, 4, 6].

Большое значение имеет фон неблагоприятных семейных отношений, который приводит к нарушению устойчивости ребенка к психотравмирующим событиям, дестабилизирует его эмоциональное состояние [9]. Любые негативные изменения в личной жизни родителей повышают риск заболевания у ребенка, и, зачастую, именно его болезнь является признаком семейной дисгармонии.

В настоящее время проблема помощи детям, страдающим психосоматическими заболеваниями, остается нерешенной, поскольку она разрабатывалась в основном в рамках медицины. В психологической науке накоплен достаточно большой опыт в области помощи детям с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, но проблема помощи детям с хроническими протекающими психосоматическими расстройствами, а именно бронхиальной астмой остается открытой.

Исходя из вышесказанного, **проблемой** настоящего исследования выступил вопрос о том, какие особенности семейных отношений можно наблюдать у детей, страдающих аллергической бронхиальной астмой.

Объектом исследования стала специфика семейных отношений у детей, страдающих аллергической бронхиальной астмой.

Предмет исследования – особенности отношений в триаде мать-отец-ребенок у детей младшего школьного возраста, страдающих аллергической бронхиальной астмой.

Целью исследования являлось изучение семейных отношений у детей младшего школьного возраста, страдающих аллергической бронхиальной астмой.

В основу настоящей работы легли результаты эмпирического исследования, в котором приняли участие на добровольной основе 40 детей в возрасте от 7 до 11 лет. Основную группу составили 20 детей, страдающих бронхиальной астмой, находившиеся на стационарном лечении в ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» г. Курска в период обострения. В контрольную группу вошли 20 детей без патологии со стороны органов дыхательной системы.

При проведении исследования в качестве основных методов использовались клиничко-психологический, включающий интервью, эксперимент, наблюдение за поведением и сбор анамнеза, статистический метод с использованием следующих статистических технологий: описательная статистика, U-критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 Пирсона для сопоставления



двух, трех или более эмпирических распределений одного и того же признака. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 7.0.

Нами также был задействован ряд психодиагностических методик: «Фильм-тест» Рене Жиля в адаптации Гильяшевой И.Н. и Игнатъевой Н.Д. – направлен на изучение структуры конкретно-личностных отношений ребенка с окружающими его людьми: матерью, отцом, обоими родителями, братьями и сестрами, бабушкой, дедушкой и другими родственниками, другом (подругой), учителем (воспитателем) или другими авторитетами для ребенка взрослыми (в исследовании особое внимание уделялось шкалам № 1, № 2 и № 3, так как они характеризуют именно внутрисемейные отношения ребенка); методика «Рисунок семьи» – направлена на выявление особенностей семейных взаимоотношений в восприятии детей.

В результате проведенного исследования было установлено, что у большинства детей, страдающих бронхиальной астмой, наблюдаются негативные особенности семейных отношений. Такие дети статистически значимо чаще ощущают себя отчужденными от семьи, испытывают чувство одиночества ($p=,01908$). При выполнении методики «Рисунок семьи» это проявляется в изображении себя в отдалении от родителей. Здоровые дети, изображали себя и родителей рядом, часто держащимися за руки, что расценивалось, как проявление близости с родными.

Болеющим детям была свойственна неудовлетворенная потребность во внимании со стороны родителей ($p=,02462$). На рисунке это выражалось в изображении себя первым, тщательной прорисовке деталей (прически, пуговиц, карманов и т.д.), что свидетельствует о недостаточном внимании родителей по отношению к ним и стремлением обратить его на себя.

Во взаимоотношениях в триаде мать-отец-ребенок у детей, страдающих бронхиальной астмой, наблюдается недостаточность эмоциональной связи с родителями, отклика от них, что вызывает у них неприятные переживания ($p=,00729$). На рисунке это изображалось в виде рук с «непрорисованными» кистями, отдаление, использование часто только одного темного цвета для рисования.

Было установлено, что детям с бронхиальной астмой свойственна большая привязанность к одному из членов семьи, в частности к матери, чем здоровым детям. Это проявляется в постоянном желании контакта с матерью. Дети испытывают отрицательные эмоции при расставании с ней.

Литература

1. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов /В.А. Ананьев.– СПб.: МАПО, 1998. – 394 с.



2. Внутренние болезни / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1264 с.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев.– СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
5. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 2008. – 960 с.
6. Кулаков С.А. Психосоматика / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2010. – 288 с.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд-во Московского университета, 1987. – 168 с.
8. Самсонова Е.И. Психокоррекция психоэмоциональных расстройств в системе лечебно-профилактических мероприятий у детей с респираторными аллергическими заболеваниями: автореф. дисс. канд. психол. наук. – СПб, 2007. 24 с.
9. Смирнова С.В. Нарушение семейных отношений в генезе психосоматических заболеваний у детей / С.В. Смирнова, В.А. Сергодеева // Теория и практика общественного развития. – 2007. – № 6. – С. 67-69.
10. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Лысенко А.И.

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

**Научный руководитель: к. психол.н., доцент кафедры общей и
клинической психологии Земзюлина И.Н.**

***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 статье отражены данные полученные при исследовании личностных особенностей женщин с нарушением репродуктивной функции. В



исследовании приняли участие 20 женщин с нарушением репродуктивной сферы (привычное невынашивание) и 20 здоровых женщин. Используемые методы: тест «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева; тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова; тест «Локус контроля» в адаптации Е.Г. Ксенофонтовой. В результате, мы получили данные о том, что смысловая сфера женщин с диагнозом «привычное невынашивание беременности» менее наполнена смысловым содержанием, характеризуется отсутствием целей и перспектив. Преобладает внешний локус контроля, снижено ощущение, что жизнь поддается контролю со стороны женщины. При этом отмечается снижение уровня рефлексивности.

Ключевые слова: личностные особенности, женщины, репродуктивные функции, беременность

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH REPRODUCTIVE DISORDERS

Lysenko A.I.

The article reflects the data obtained in the study of personality characteristics of women with a violation of reproductive function. In the study, they took part in the study. 20 women with a reproductive failure (habitual miscarriage) and 20 healthy women. Methods used: test "Smyslozhiznennyye orientation" D.A. Leontief; test "Level of reflexivity" Karpova; test "Locus of control" in the adaptation of E.G. Xenophone. As a result, we received data that the semantic sphere of women diagnosed with "habitual miscarriage of pregnancy" is less filled with semantic content, characterized by a lack of goals and prospects. The external locus of control predominates, the feeling that life is controlled by a woman is reduced. At the same time there is a decrease in the level of reflexivity.

Keywords: personality traits, women, reproductive function, pregnancy

Нарушение репродуктивной функции – неспособность супружеской пары к зачатию при регулярных половых сношениях без предохранения в течение 1 года.

В 75-80% случаев беременность наступает в течение первых 3 месяцев регулярной половой жизни молодых, здоровых супругов, то есть когда возраст мужа – до 30, а жены – 20 лет. В более старшей возрастной группе (30-35 лет) этот срок увеличивается до 1 года, а после 35 лет – более 1 года. Примерно у 35-40% бесплодных пар причиной его является мужчина, в 50% – женщина и в 15-20% имеет место смешанный фактор нарушения репродуктивной функции.

В то время, как индивидуальные особенности матерей и их влияние на ребенка изучались психологией достаточно давно и полно, личность женщины,



как фактор, определяющий течение беременности и родов, стала вызывать интерес исследователей относительно недавно. По-прежнему наличие патологии беременности и родов понимается как зависимое только от здоровья женщины, образа ее жизни, компетентности врачей. Являясь особым физиологическим и психологическим состоянием, беременность зависит от множества факторов, воздействующих на здоровье женщины в течение ее жизни [3, 5].

Личностная зрелость человека является основой его самореализации во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и в родительстве. Зрелость позволяет личности быть гармоничной, эффективной, реализованной, конструктивно справляться с трудностями, успешно выполнять социально-культурные роли [5]. При нормальном течении беременности ценность материнства к середине беременности становится доминирующей. А абстрактная до беременности ценность ребенка входит в жизнь женщины в период беременности как реальная, вызывая тем самым перестройку имеющихся у женщины ценностей и общей направленности личности [4, 6]. Таким образом, очевидной становится связь между ценностной сферой женщины и протеканием ее беременности [3]. Рефлексивность также считается одним из существенных факторов развития эмоционального компонента материнского поведения. Рефлексивное принятие нового собственного образа «Я – в положении», ощущение нового Я является одним из этапов развития психологического состояния беременной [1].

Очевидным представляется влияние ценности материнства на психологическую готовность женщины к беременности, а также ее психологическое самочувствие в этот период [2].

Таким образом, целью данного исследования стало исследование личностных особенностей женщин с нарушением репродуктивной функции.

Используемые методы: тест «Смысложизненные ориентации» Д.А. Леонтьева; тест «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова; тест «Локус контроля» в адаптации Е.Г. Ксенофонтовой.

Для изучения смысловой сферы женщин с привычным невынашиванием беременности мы использовали методику Д.А. Леонтьева «Смысложизненные ориентации». Статистически различия высокого уровня значимости ($p < 0,01$) были получены по шкале «Локус контроля – жизнь».

В целом, у женщин с привычным невынашиванием беременности средние показатели по общей шкале «осмысленность жизни» ниже, чем у здоровых беременных женщин. Мы делаем вывод о том, что смысловая сфера женщин с диагнозом «привычное невынашивание беременности» менее наполнена смысловым содержанием, характеризуется отсутствием целей и перспектив.

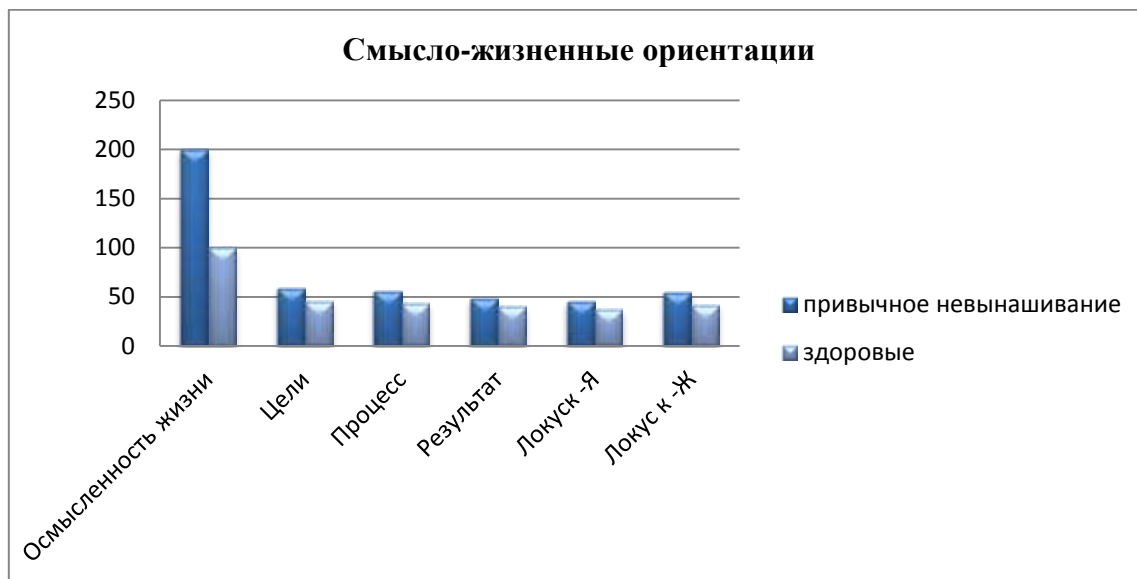


Рис. 1. Средние значения показателей смысло-жизненных ориентаций

Таблица 1

Различия показателя локус контроля - Жизнь

Наименование показателя	М Привычное невынашивание	М норма	p-level
Локус контроля-жизнь	23,12	29,78	0,0075

У женщин с привычным невынашиванием беременности этот показатель несколько ниже, чем у женщин с нормально протекающей беременностью. Таким образом, у женщин с привычным невынашиванием беременности отмечается тенденция к контролю своей жизни, свободе выбора, в отличие от женщин с нормально протекающей беременностью.





Рис. 2. Средние значения показателя Локус контроля-Жизнь

Полученные данные по СЖО соотносятся с методикой исследования локуса контроля «УСК» в адаптации Е.Г. Ксенофонтовой. Были получены статистически значимые различия ($p < 0,05$).

Таблица 2.

Различия показателя уровень субъективного контроля

Наименование показателя	М Привычное невынашиванием	М норма	p-level
Уровень субъективного контроля	15,2	20,4	0,0125

Основываясь на полученных данных, согласно которым, локус контроля у женщин с привычным невынашиванием беременности имеет средние показатели между экстернальным и интернальным, на основе чего мы можем сделать вывод о том, что женщина, находится в кризисной для себя ситуации невынашивания беременности. Объясняется это тем, что социальный опыт нарушения репродуктивной функции в форме привычного невынашивания оказывает фрустрирующее воздействие на женщину, на её систему жизненных ориентаций.

По полученным статистически значимым результатам исследования уровня рефлексивности ($p < 0,05$) с помощью методики А.В. Карпова.

Таблица 3

Уровень рефлексивности

Наименование показателя	М Привычное невынашиванием	М норма	p-level
Рефлексивность	4,1	6	0,044086

Таким образом, мы можем судить о том, что у женщин с привычным невынашиванием беременности отмечается снижение уровня рефлексивности. Это свидетельствует о низкой значимости текущего состояния, отсутствии поиска новых смыслов, снижении процесса анализа в критической ситуации.

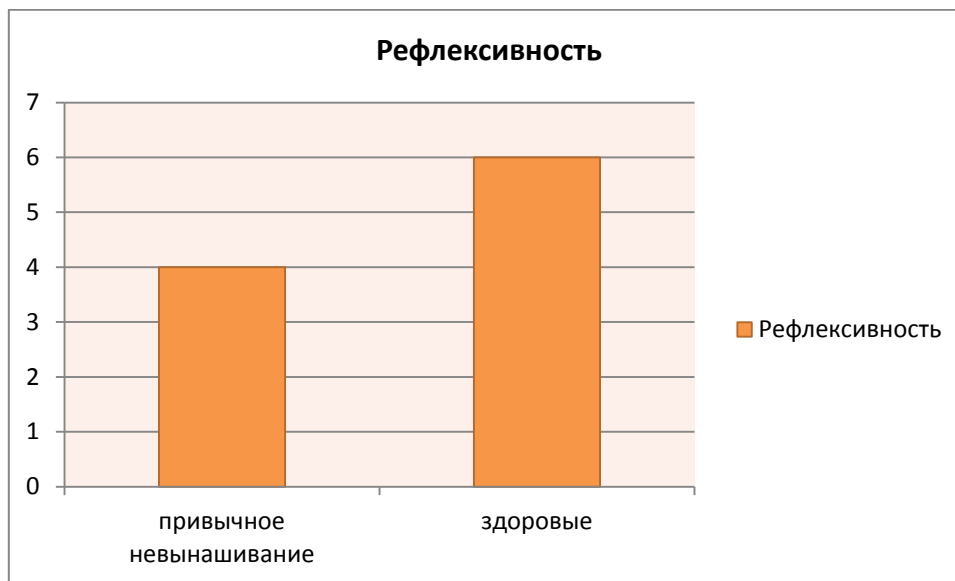


Рис. 3. Средние значения показателя рефлексивности

Мы делаем вывод о том, что смысловая сфера женщин с диагнозом «привычное невынашивание беременности» менее наполнена смысловым содержанием, характеризуется отсутствием целей и перспектив. Преобладает внешний локус контроля, снижено ощущение, что жизнь поддается контролю со стороны женщины. При этом отмечается снижение уровня рефлексивности.

Литература

1. Василенко Т.Д. Принятие роли матери: клинико-психологический анализ /Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина. – М.: Изд-во Форум - Инфра-М. – 2011. –С. 167.
2. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли – роли матери: дис...канд. психол. наук /И.Н. Земзюлина– Курск, 2009. – 152 с.
3. Батуев А.С., Безрукова О.Н., Кощавцев А.Г. и др. / Под ред. А.С. Батуева // Биосоциальная природа материнства и раннего детства. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. Ун-та, 2007. – 374 с.
4. Скрицкая Т.В. Ценностные ориентации и уровень удовлетворенности жизнью как показатель личностного роста женщины в период беременности /Т.В. Скрицкая // Перинатальная психология и психология родительства. – 2006. – № 1. – С. 76-82
5. Филиппова Г.Г. Нарушения репродуктивной функции и их связь с нарушениями в формировании материнской сферы /Г.Г. Филиппова // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4-5. – С. 83-108.



6. Филиппова Г.Г., Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности /Г.Г. Филиппова, И.Н. Черткова, И.М. Сапарова // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4-5. – С. 64-82.

ПРИЧИННОСТЬ В СИНЕРГЕТИКЕ КАК ОСНОВА ВОСПРИЯТИЯ ПСИХОЛОГОМ ПСИХИЧЕСКИХ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ БОЛЕЗНИ У КЛИЕНТА

Маринина О.Н.

**Волгоградский государственный медицинский университет,
г. Волгоград, Россия**

Научный руководитель: к психол.н., преподаватель кафедры общей и клинической психологии Голубь О.В.

Сделана попытка синтеза различных наук (физика и психология): переложение философского понимания причинности в синергетике на понимание позиции психолога во взаимодействии с клиентом. Отмечены пункты для анализа самоорганизующихся систем. Проанализированы различные позиции восприятия психических здоровья и болезни в системе «клиент-психолог». Поставлена проблема поиска «золотой середины» в позиции психолога.

Ключевые слова: синергетика, психология, психические здоровье и болезнь, позиция психолога, системный подход, причинность, самоорганизующиеся системы.

CAUSALITY OF SYNERGETICS AS THE BASIS PSYCHOLOGIST'S PERCEPTION OF CLIENT'S MENTAL HEALTH OR ILLNESS

Marinina O.N.

Effort was being done synthesis of various sciences (physics and psychology). Philosophical conception of causality in synergetics was used for interpretation of psychologist's position in interaction with client. Items were noted for analysis of self-organizing systems. Different positions were analyzed in perception of mental



health or illness in system “client-psychologist”. Problem was posed in searching golden mean of psychologist’s position.

Key words: synergetics, psychology, mental health and illness; psychologist’s position, systems approach, causality, self-organizing systems.

В психологии, в том числе и клинической психологии, чаще используются термины нормы и патологии, это не облегчает задачу определенности, но большое количество теорий по этому вопросу говорит об актуальности этой темы и ее разработанности. При этом категория нормы является в первую очередь статистическим: Норма – это элемент определенного ряда, по сравнению с которым описываются другие элементы [4]. Элемент – значит признак, т.е. речь еще не заходит о симптомокомплексе, речь об отдельных показателях, которые уже способны отправить человека в категории нормы или патологии. При этом граница разделения не может проходить так резко, она всегда плавна и похожа на градиент – набирает силу постепенно. В силу этого категории здоровья и болезни являются более яркими и насыщенными, отличающимися друг от друга, в первую очередь, по многим заметным показателям.

Какого-то единого отношения со стороны психологов обычно не имеется к данному разделению, ведь психологу не дано разделять эти понятия, от его мнения не зависит судьба человека, психолог работает уже с заданным материалом – вердиктом психиатра. Однако, несмотря на эту предзаданность, психолог сам решает как воспринимает клиента – как «здорового со своими особенностями», как «больного», как «имеющего диагноз», как «неспособного к ... (вариации могут быть различны)». О влиянии этой предзаданности на клиента, психолога и возможности процесса их взаимодействия и пойдет речь дальше.

Цель: создание концепции восприятия психологом клиента на основе синергетической модели причинности.

Гипотеза: позиция психолога в восприятии психического здоровья или болезни клиента является частью самоорганизующейся системы «клиент-психолог» и способна определять устойчивость этой системы и ее ожидаемую результативность.

В исследовании использовали комплексный анализ и системный подход к изучению разработок в области данной проблемы и различной социально-психологической и философской литературы российских и зарубежных авторов по рассматриваемой теме.

Для этого нужно обратить внимание на понятие причинности и детерминизма, как таковые: в большей степени они являются прерогативой физики. Но с 60-х гг XX в. физика серьезно изменила свое направление,



отмечается начало новой научной революции, одной из частей которой стала синергетика (И. Пригожин, И. Стенгерс). И. С. Добронравова анализируя взгляды на детерминизм в квантовой механике, обратила внимание на то, что это очень схоже с гегелевской категориальной структурой, представляющей формирование причины на определенном основании и при определенных условиях [2]. В методологической литературе, посвященной причинности в синергетике, можно прочесть о слабом детерминизме: в качестве причин пытаются рассматривать предыдущее по отношению к событию состояние среды/условий. Добронравова отмечает, что это только сказывается привычка использовать понятие причинно-следственных отношений так, как оно рассматривалось в линейной физике – через однозначную связь прошлого и будущего состояний системы. Однако нет никаких оснований считать предшествующее состояние причиной будущего, в этом случае причина равна действию, действием этой причины оказывается само существование нового состояния системы [2]. По Гегелю, сама субстанция играет роль причины, поскольку она имеет мощь «порождать некое действие, некую действительность» [1]. Образование нелинейного состояния системы придает случайному событию значение критического условия случайного выбора одной из возможных причин и соответственно ей действия.

Добронравова приходит к выводу о том, что адекватное понимание детерминации в нелинейной динамике служит единственно верным ориентиром в попытках людей повлиять на становление системы; не менее важно понимать, что необходимо удерживать условия, при которых возможно продолжение динамически устойчивого существования структуры. Структура может воспроизвести себя, только если сохраняются условия, при которых это возможно.

Важным для данной работы также является то, что при дальнейшем изменении управляющих параметров система будет изменяться – одни структуры будут уступать место другим. Принципиальная непредсказуемость случайного выбора вариантов развития в каждой из особых точек и возможность повлиять непредсказуемым образом на этот выбор в процессе исследования в силу чрезвычайно высокой чувствительности в этих точках неравновесных нелинейных сред усугубляет положение наблюдателя, являющегося элементом системы [2]. То, что система неизбежно в нашем случае является открытой, приводит к учету и следующей закономерности: поддержание порядка в одном месте неизбежно сопровождается его уменьшением в другом.

На основании рассмотренной теории можно выделить следующие положения:

1. Структура системы сама создает вариацию условий изменения.



2. Образование нового состояния системы придает случайному событию значение.

3. Поддержание условий – способ устойчивого существования системы.

4. Чрезвычайная чувствительность системы в точке изменений осложняет позицию наблюдателя.

5. Сохранение порядка в одном месте неизбежно уменьшает его в другом.

Теперь следует отразить данные положения в системе «клиент-психолог». Новая образованная система, состоящая из клиента и психолога, делает значимыми отдельные условия – т.е. факт психиатрического диагноза может нивелироваться в зависимости от особенностей построения новой системы. Если психолог привносит позицию восприятия психиатрического диагноза как психического нездоровья пациента и начинает действовать из нее, то данное условие становится значимым. Если психолог воспринимает клиента как здорового (даже при наличии диагноза), данная позиция будет обесценивать и отодвигать в тень не только сам диагноз, но и любые симптомы, которые могли бы самостоятельно привести психолога к данному заключению.

Принятие той или иной позиции будет сужать способности толкования поведения клиента в соответствии с принятой теорией: если клиент болен – все будет говорить об этом, любое его действие и мысль; если здоров – психолог не сможет найти никаких симптомов и, как это иногда случается, негласно вступит в конфронтацию с врачом-психиатром, внушая всей системе мысль о здоровье, а значит, рано или поздно клиент тоже приобретет такую уверенность, через восприятие невербальных посылов со стороны психолога, например.

Сохранение принятой позиции будет сохранять систему в устойчивом положении, т.е. на любом уровне исследований постоянно будут находиться подтверждения этой позиции, таким образом, восприятие будет все больше укрепляться и «консервироваться».

Психоанализ задал тенденцию к «непроявлению» эмоций, оценок со стороны психолога, терапевта. Психолог должен уметь скрыть свою позицию от клиента, демонстрировать свое принятие его хоть с диагнозом, хоть без него. Однако все вовсе не так просто, вся система чувствительна в момент своего возникновения и установления, поэтому здесь со всей мощностью будут действовать невербальные способы общения, или, если взглянуть со стороны того же психоанализа, почва для проецирования будет максимально плодородной. В связи с тем, что была затронута тема проекций, нужно отметить, что клиент сам также будет пытаться всячески навязать свою позицию восприятия позиции психолога. Так как психолог является в данной



ситуации специалистом, он должен уметь замечать эти послы (что делать легко на начальном этапе, в связи с чувствительностью системы) и пресекать.

Принятие какой-либо позиции – это часть порядка, понятности для психолога. Синергетическая модель гласит, что где-то в другом месте будет этого порядка меньше, например, в психокоррекционной работе с клиентом (категория возможности). Если отказаться от порядка в части собственной позиции психолог не сможет указать, где он этот порядок прибавит, но может надеяться на случайность, которая может привести к большей продуктивности их непосредственно психокоррекционного взаимодействия.

Получается, что крайние позиции – здоровья и болезни – понятные, лучше фиксируемые клинически, являются неудобными для психолога. Психолог только будет тянуть клиента в ту или иную сторону, в зависимости от того, что он ожидает от своего клиента, какие результаты хочет увидеть. Какая же позиция может являться оптимальной?

Иван Ефремов называл такую позицию – «прогулкой по лезвию бритвы» [3]. Нужно постараться отказаться от оценки со стороны здоровья или болезни в психической сфере, или хотя бы попробовать максимально долго удерживаться от выбора. Для психолога это тяжело еще и потому, что роль аналитика встроена как бы автоматически на протяжении обучения и практики. Но важно приобрести умение включать его только для работы (ведь если анализировать всех вокруг – это уже профдеформация), пусть аналитик занимается только обработкой результатов психодиагностической и психокоррекционной работы. Тогда, может быть, клиент сможет раскрыть свои собственные установки. В социуме ему все равно придется столкнуться с предзаданностью, стигматизацией, но психологу нужно попробовать задать клиенту условия вакуума, принести с собой только отражательную функцию в оценке его психического состояния.

То, что психологу не нужно ставить диагноза своему клиенту создает хорошую почву для исследований и опытов в данном русле, разработке новых способов создания фона взаимодействия с клиентами.

Литература

1. Гегель Г.В.Ф. Наука логики. Том 2./Г.В.Ф. Гегель. – М.: Книга по требованию, 2016. – 248 с.
2. Дробронравова И.С. Причинность в синергетике: спонтанное возникновение действующей причины / Спонтанность и детерминизм / В.В. Казютинский, Е. А. Мамчур, Ю. В. Сачков, А. Ю. Севальников и др.; Ин-т философии РАН. – М.: Наука, 2006.– с. 212-225
3. Ефремов И. А. Лезвие бритвы /И. А. Ефремов. – М.: АСТ, 2014. – 608 с.



4. Маринина О.Н. Категории нормы и патологии в деятельности психологов и психиатров / О.Н. Маринина, Е.Г. Кукшина // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 72-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием.– Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. – С. 467-46.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ

Михайлова В.В.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия
Научный руководитель: профессор, д. психол.н., зав. кафедрой
психологии здоровья и коррекционной психологии Никишина В.Б.**

В статье анализируется исследование особенностей тактильного гнозиса младших подростков с интеллектуальным недоразвитием. Доказаны специфические проявления тактильного восприятия у детей младшего подросткового возраста с умственным недоразвитием.

Ключевые слова: младшие подростки, интеллектуальное недоразвитие, тактильный гнозис, высшие психические функции (ВПФ).

FEATURES OF TACTILE PERCEPTION IN YOUNGER ADOLESCENTS WITH MENTAL UNDERDEVELOPMENT

Mikhailova V.V.

The article analyzes the study of the peculiarities of tactile gnosis of younger adolescents with intellectual underdevelopment. Specific manifestations of tactile perception in children of young adolescents with mental underdevelopment are proved.

Key words: younger adolescents, intellectual underdevelopment, tactile gnosis, higher mental functions (VFR).

Изучением тактильного восприятия занимались Лурия А.Р., Ананьев Б.Г., Веккер Л.М., Ломов Б.Ф., Ярмоленко А.В., Бабаджанова Н.Р. Обращение к проблеме изучения тактильной сферы у детей младшего подросткового возраста с умственной отсталостью не случайно. Жизненная значимость осязания очевидна. По словам Б.Г.Ананьева, осязание - "коренное явление



жизнедеятельности человека" [1]. Л.С. Выготский в своих исследованиях показал, что "на первых этапах развития сложные психические процессы, формируясь, опираются на более элементарные функции, лежащие в основе, и зависят от них". Реальный мир дан человеку в начале его жизни в ощущениях и представлениях, лишь затем этот мир отражается в словах. Именно поэтому роль процесса восприятия в любых модальностях и в становлении таких психических процессов, как память, речь, мышление, является решающей на ранних этапах онтогенеза.[3]

Развитие восприятия является основой общего умственного развития ребёнка. Полноценное восприятие необходимо для многих видов игровой, учебной и трудовой деятельности. С восприятия начинается познание окружающего мира. По мнению Л.С. Выготского, восприятие имеет большое значение для развития мышления и речи ребенка, речь не может формироваться без развития восприятия. Только воспринимая, человек может говорить и мыслить. Поэтому умственное развитие невозможно без опоры на полноценное восприятие. Восприятие детей с умственной отсталостью имеет значительные отличия от восприятия детей с нормальным интеллектом. В связи с большой ролью, которую играет процесс восприятия для развития познавательной деятельности детей с умственной отсталостью, необходимо дополнительное изучение особенностей этого процесса у умственно отсталых детей и определение путей его развития [3].

В клинических определениях умственная отсталость рассматривается как органическое по своему происхождению психическое недоразвитие. Клинико-психологическими характеристиками данного понятия стали тотальность психического недоразвития и его иерархичность. Для тотальности характерна существенная несформированность всех психических процессов и функций, включая структурную организацию психической сферы. В первую очередь, недостаточность распространяется на показатели когнитивного развития. Не соответствует нормативному и показатель обучаемости детей. При тотальной недостаточности психическое развитие не сможет приблизиться к нормативным показателям [7].

Причиной интеллектуальной недостаточности является поражение головного мозга ребенка (недоразвитие, болезнь, ушиб и т. д.). Анализ определения показывает, что утверждать факт интеллектуального недоразвития можно лишь при сочетании всех указанных в нем признаков (Рубинштейн С.Я., 1999). Любая вредность, действующая на еще не до конца сформированный организм, приводит к общей или частичной задержке его развития. Длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонениям в его дифференцировании, а, следовательно, и к нарушениям в психическом развитии ребенка. Выраженность и формы интеллектуальной недостаточности



зависят от времени влияния повреждающих биологических и неблагоприятных социальных факторов, локализации и распространенности болезненного процесса, а также его интенсивности [8]. Полноценность ощущений и восприятия зависит от деятельности всех звеньев анализатора - рецепторной, что переводит физическую энергию раздражений в энергию нервных импульсов, проводящей и центральной, которая осуществляет проработку информации. У детей-олигофренов оказываются смещенными пороги чувствительности. Нижний порог, который определяет минимальную интенсивность раздражителя, на которую реагирует рецептор, у них завышенный. Это значит, что раздражители малой интенсивности не вызывают у них реакции. Верхний порог, который определяет максимальную интенсивность раздражителя, который еще воспринимается как специфический и не вызывает болевых ощущений, у детей с умственной отсталостью оказывается сниженным. Следовательно, диапазон, в котором дети-олигофрены адекватно реагируют на зрительные, слуховые, тактильные и другие стимулы, оказывается суженным. Хоть первичного повреждения органов ощущений при олигофрении чаще всего нет, восприятие у этих детей характеризуется бедностью и неточностью. Все свойства восприятия выявляются недоразвитыми [4,7].

В нейропсихологии изучение тактильной сферы имеет возрастающее значение и представлено значительным количеством работ. Ядерной зоной тактильного анализатора является область задней центральной извилины. Первичное поле (3) обеспечивает кожно-кинестетическую чувствительность на физическом уровне. Вторичные же поля (2, 1, 5, 7) специализированы в отношении сложной дифференциации тактильных сигналов. Благодаря им возможно распознавание предметов на ощупь. Нарушение этой способности, возникающее при поражении данной области мозга, носит название астереогноза. Еще К. Вернике (1894) обозначил его как «тактильную асимболию» (нарушение символической тактильной деятельности), а Нильсен назвал их «теменной тактильной агнозией». Н. Вау связывал такие расстройства с элементарными расстройствами чувствительности. Наиболее поздними формациями данной области мозга являются затылочно-теменные отделы (поля 39, 40). Они являются третичными и составляют значительную часть зоны ТРО, которая в свою очередь, является зоной перекрытия, т.к. составлена из наложенных друг на друга частей височной, теменной и затылочной коры. Ввиду такого строения эта область мозга является полимодальной и способна осуществлять наиболее сложные из локальных ВПФ. Кроме того, зона ТРО имеет мощные связи с собственно кинестетическим, вестибулярным, зрительным аппаратами [9].



Для правильного узнавания предметов дети с умственной отсталостью требуют вдвое больше времени, чем их нормальные однолетки. Выразительно наблюдается замедленность проработки сенсорной информации при осложнении перцептивного задания. Восприятию умственно отсталых детей свойственны хаотичность, бессистемность. Это значит, что изучение предмета происходит неорганизовано, из-за чего не все его признаки отображаются. В процессе восприятия ребенок не отделяет существенные признаки от второстепенных, не устанавливает связей между ними. Целостность и константность восприятия, свойственные детям с нормальным психофизическим развитием, дают им возможность узнать предмет независимо от его расположения, а также за его отдельной частью, объединять элементы в структуру. При умственной отсталости дети неправильно узнают предмет за его частью, дополнительная информация не изменяет их установок, не способствует исправлению ошибок. Сужение объема восприятия, характерное для детей-олигофренов, которые отображают одновременно вдвое меньше объектов, чем здоровые дети, приводят к тому, что они не могут воспринять ситуацию целостно и изучают ее последовательно. Здоровый человек опознает цифры, написанные на кисти руки, почти безошибочно, поскольку перечень цифр состоит всего из девяти элементов; буквы опознаются с большим трудом из-за большего алфавита, но тоже обычно довольно хорошо. Можно сделать вывод, что диагностикой тактильного восприятия у умственно отсталых детей исследователи занимаются недостаточно. Это малоизученный вопрос в области психологии и требует своего развития и дальнейшего изучения.[4]

Эмпирическое исследование проводилось на базе Курской школы «Ступени» г. Курска с сентября 2017 по ноябрь. В исследовании участвовали 30 детей от 10 до 12 лет (8 девочек и 22 мальчика) с интеллектуальным недоразвитием.

Нейропсихологическая диагностика осуществлялась с помощью набора проб, описанных А.Р.Лурия [5;6;7]. Исследование сомато-сенсорного гнозиса включала такие пробы, как пробу Ферстера, проба на локализацию прикосновения, проба Тойбера, исследование соматогнозиса, исследование стереогноза. Результаты выполнения нейропсихологических проб оценивались по 4-х бальной шкале, предложенной Л.И. Вассерманом: 0 – отсутствие ошибок или «неспецифические» ошибки для той или иной пробы, свойственные и здоровым испытуемым; 1 – слабовыраженные нарушения; нижняя нормативная граница; 2 – нарушения средней степени тяжести высших психических функций; 3 – грубые расстройства высших психических функций [2].

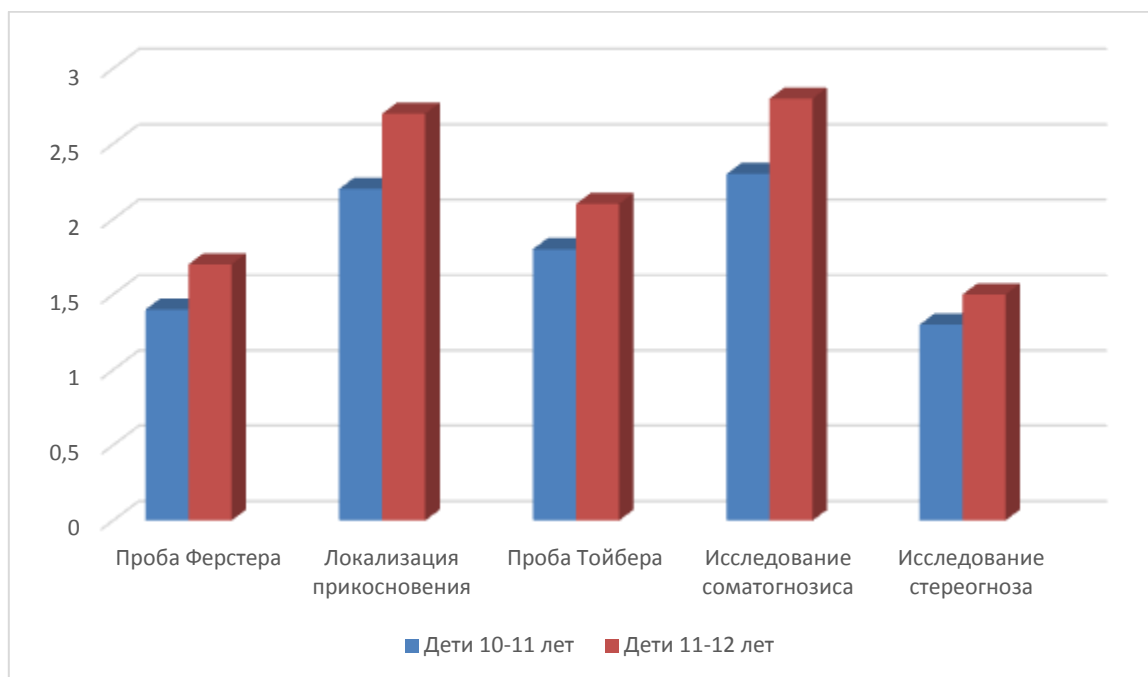


Рис. 1 Диаграмма групп, выделенных по основанию возраста

При сравнении групп выделенных по основанию возраста были получены следующие результаты: у детей 11-12 лет наблюдались более высокие показатели чем у детей 10-11 лет, это свидетельствует о более развитом тактильном восприятии у детей. У всех детей наблюдается низкий уровень выполнения проб, по сравнению с возрастной нормой. Низкие показатели при выполнении проб свидетельствуют о нарушении тактильного восприятия. Дети 12 лет справляются с заданием лучше, чем дети 10 лет, но как мы видим из диаграммы (рис. 1) развитие тактильного восприятия изменяется с возрастом. Выявлена общая онтогенетическая закономерность, согласно которой тактильное восприятие с возрастом развивается, однако следует отметить, нарушенный уровень тактильного восприятия, если сравнивать с возрастной нормой, а особенно в пробах Ферстера, в пробе Тойбера, при исследовании стереогноза.

В результате проведенного исследования 30 детей младшего подросткового возраста, от 10 до 12 лет было выявлено: у умственно отсталых детей по сравнению с возрастной нормой, имеют место нарушения восприятия различной модальности и, соответственно, тактильного восприятия. В исследовании были обнаружены пассивность и недостаточная целенаправленность осязательной деятельности младших подростков, импульсивность, поспешность, недостаточная сосредоточенность всей деятельности и, соответственно, большое количество ошибок при распознавании объектов. У детей 11-12 лет более высокие показатели при



выполнении проб на сомато-сенсорный гнозис. Все виды ощущений и восприятия при олигофрении характеризуются замедленностью, диффузностью, недифференцированностью вследствие снижения подвижности и иррадиации нервных процессов. У детей с интеллектуальными нарушениями диапазон, в котором они адекватно реагируют на тактильные стимулы, оказывается суженным. Восприятие у этих детей характеризуется бедностью и неточностью.

Литература

1. Ананьев Б. Г. Теория ощущений/Ананьев Б. Г.– 1961. – 456 с.
2. Вассерман Л.И. Методы нейропсихологической диагностики./ Дорофеева С.А., Меерсон Я.А.– СПб.: Стройлеспечатъ, 1997. – 360 с.
3. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.
4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей/В.В. Лебединский. – М: МГУ, 1985.–148 с.
5. Лурия А.Р. Альбом для нейропсихологического обследования/А.Р. Лурия. – М., 2006. – 47 с.
6. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии/А. Р. Лурия. – М., 2006.– 384 с.
7. Лурия А.Р. Нейропсихология и проблемы обучения в общеобразовательной школе/ А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова. – Москва-Воронеж, 2008.– 64 с.
8. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии /С.Л. Рубинштейн.– Издательство: Питер, 2002. – 720 с.
9. Хомская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий/Е.Д. Хомская, И.В. Ефимова, Е.В. Будыка, Е.В. Ениколопова. – М., 2011.–16с.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ У ЛЮДЕЙ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Никитина А.Л.

**Институт психологии и образования,
Казанский (Приволжский) Федеральный университет,
г. Казань, Россия**

**Научный руководитель: к. п. н., старший преподаватель кафедры
дефектологии и клинической психологии Валиуллина Г.В.**

В статье представлен теоретический обзор как отечественной, так и



зарубежной литературы, посвящённой дисфагии. В нём представлены международные статистические данные, рассмотрены основные техники диагностики, используемые на данный момент.

Ключевые слова: дисфагия, диагностика, очаговые поражения, головной мозг.

DIAGNOSTICS OF VIOLATION OF SWALLOWING AT PEOPLE WITH FOCAL DAMAGES OF A BRAIN

Nikitina A.L.

In article it is presented the theoretical review of blighty and foreign literature devoted to a dysphagy. And in article the international statistical data are submitted, the main technicians of diagnostics used at the moment are considered.

Keywords: dysphagy, diagnostics, focal defeats, brain.

Дисфагия – (от дис. и греч. phagein - есть, глотать) – клинический симптом нарушения функции глотания – трудности или дискомфорт продвижения пищевого комка от ротовой полости до желудка, возникающие вследствие нарушения пассажа пищи из ротовой полости в желудок [2]. Этот симптом встречается у пожилых людей в 27,2%, а у пациентов палат интенсивной терапии – в 47,4%, среди лиц, нуждающихся в постороннем уходе, – в 51% случаев. Дисфагия является частым спутником инсульта и диагностируется у 20–80% пациентов в остром периоде заболевания [1,4].

Изучение диагностических критериев и мер логопедической помощи для пациентов с нарушением глотания является актуальным, так как при не оказанной вовремя помощи существует риск перехода к осложнениям, влияющим на жизненный уровень больного: аспирационной пневмонии, истощению, дегидратации, депрессии и иным трудностям [3].

Мажанди (Magendie, 1836) акт глотания разделяет на три фазы, без перерыва следующие друг за другом: оральную, глоточную и пищеводную, такую же классификацию использует в настоящее время и Винничук С.М. Однако целесообразнее использовать, как предлагает Балашова И. Н., подразделение процесса глотания на четыре фазы: орально-подготовительную, оральную, фарингеальную, эзофагеальную [1]. Это позволяет более точно описать проблему, которая возникает у пациента.

При очаговых поражениях головного мозга (инсульте, ЧМТ, опухолях) принято говорить о нейрогенной дисфагии. Как отмечают исследователи и практики [1,2], такая форма дисфагии может быть вызвана нарушением функционального взаимодействия структур, участвующих в акте глотания,



приводит к тому, что больной не способен совершить даже элементарный глоток. Патогенез нейрогенной дисфагии связан с развитием бульбарного синдрома в 13,5 % случаев наблюдений, псевдобульбарного синдрома — в 31,2 % и синдрома нарушения формирования пищевого болюса — в 55,3 %.[5].

Клиническая картина дисфагии проявляется следующими признаками [2,5]:затруднение при жевании, депонирование пищи за паретичной щекой;выпадение пищи изо рта во время еды;слюнотечение или неспособность сглатывать слюну;нарушения проглатывания пищи;срыгивание;поперхивание при проглатывании слюны, жидкости или жидкой пищи;кашель или покашливание до, во время или после глотания;изменение качества голоса во время или после глотания;затрудненное дыхание, прерывистое дыхание после глотания.

Диагностика дисфагии происходит в случае жалобы пациента на перечисленные выше симптомы либо при госпитализации пациента в отделение нейрохирургии, гастроэнтерологии.

При скрининговой оценке глотания, производимой медицинским персоналом, в частности медсёстрами, внимание уделяется двум взаимосвязанным функциям: глотанию и кашлю. Снижение или отсутствие произвольного кашля у контактного пациента указывает на нарушение иннервации слизистой гортани и трахеи. Оценить непроизвольный кашель можно с помощью простых тестов, в частности, трехглотковой пробы. Обязательной мерой выявления является ясное сознание больного и положение сидя/полулёжа. Данный тест проводится логопедом-специалистом по глотанию.

Союзом реабилитологов России был разработан тест оценки глотания с продуктами различной плотности и объёма (VVT). Он состоит из анализа глотка трёх разных по консистенции продуктов питания: нектара, жидкости, пудинга с объёмом 5-10-20 мл.

Ими были выделены следующие критерии наличия дисфункции глотания (достаточно 1 критерия): кашель, падение SO_2 на 3%, изменение фонации.

При отсутствии нарушений глотания происходит переход к нутритивной поддержке.

Опыт Stephanie K. Daniels, Teasell R. и др. подсказывает о необходимости двух параллельных подходов: диагностики заболеваний ЦНС и определения нарушения глотания. Оценка глотания включает в себя исследование анамнеза, клиническую оценку и исследование отображения глотания. Этот подход облегчил определение серьезности дисфагии, и прогноз для восстановления глотания. Диагностику заболевания центральной нервной системы проводит невропатолог [6, 7].

Таким образом, дисфагия - клинический симптом нарушения функции глотания- оказывает большое влияние на жизненный уровень пациентов. Важно



вовремя выявить признаки, указывающие на нарушение глотания. Это определяется при помощи двух взаимосвязанных функций - кашель и глотание.

В определении нарушений, на сегодняшний день, используются как инструментальные пробы, так и функциональные.

Литература

1. Балашова И.Н. Контент программы обучения логопедов по теме «Дисфагия при заболеваниях центральной нервной системы» и результаты обучения логопедов в медицинской сети ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия, Педагогика и психология в медицине: проблемы, инновации, достижения. – М., 2015. –С.11-13.
2. Винничук С.М. Нейрогенная ротоглоточная дисфагия в остром периоде мозгового инсульта /С.М. Винничук //Здоровье Украины. – 2008. –№ 12/1.
3. Кутлубаев М.А. Инфекционно-воспалительные осложнения церебрального инсульта /М.А. Кутлубаев // Клиническая медицина. –2014. – №10. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/infektsionno-vospalitelnye-oslozhneniya-tserebralnogo-insulta> (дата обращения: 9.03.2017).
4. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта /А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова //Ранняя реабилитация больных с инсультом. – Методические рекомендации №44. – М.: Изд-во РУДН, 2004. – С. 1390.
5. Сорокин Ю.Н. Нарушения глотания при инсультах. Особенности клинических проявлений /Ю.Н. Сорокин // МНС. –2015.–№3 (66). –URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-glotaniya-pri-insultah-1-osobennosti-klinicheskikh-proyavleniy> (дата обращения: 11.03.2017).
6. Teasell R., Foley N., Martino R., et al. Dysphagia and Aspiration Following Stroke//Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, chapter 15, September 2013, p. 1-74.
7. Stephanie K. Daniels, Ph.D Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing // Part1 Oral cavity, pharynx and esophagus GI Motility online (2006) 10.1038/gimo34Published 16 May 2006.



ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИНАМИ В УСЛОВИЯХ ОСЛОЖНЕННОГО ПРОТЕКАНИЯ

Овчинникова В.А.

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

**Научный руководитель; к. психол.н., ст. преподаватель кафедры
общей и клинической психологии Блюм А.И.**

В данной статье рассмотрен теоретический обзор феномена переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины, а именно представлены: определение категории «переживания», подходы к рассмотрению особенностей эмоционально-смыслового компонента переживания беременности и жизненного пути беременной женщины.

Ключевые слова: переживание, переживание беременности, эмоционально-смысловая сфера, жизненный путь.

PECULIARITIES OF PREGNANCY OF PREGNANCY BY WOMEN IN CONDITIONS OF COMPLICATED PROTECTION

Ovchinnikova V.A.

This article reviews the theoretical overview of the phenomenon of experiencing pregnancy in the context of the life path of a woman's personality, namely: the definition of the category of "experience", approaches to the examination of the emotional and semantic components of the pregnancy experience and the life path of a pregnant woman.

Key words: experience, experience of pregnancy, emotional and semantic sphere, life path.

На протяжении всего жизненного пути женщины сталкиваются с различными событиями, которые могут восприниматься, как яркие и эмоционально окрашенные.

При протекании беременности задействуются все системы физиологической и психологической адаптации, причем сама беременность может рассматриваться как кризисная ситуация, так как происходит изменение всех сторон жизни женщины.



Беременность можно рассматривать как событие внутренней жизни женщины, которое входит в контекст жизненного пути и сопровождается особыми эмоциональными и смысловыми переживаниями, что существенно меняет дальнейшую жизнь женщины [2].

В отечественной психологии (Василюк Ф.Е., Рубинштейн СЛ.) переживание рассматривается как противопоставление объективному знанию, особое субъективное, пристрастное отражение мира, взятого в отношении к субъекту с точки зрения предоставляемых им (миром) возможностей удовлетворения актуальных мотивов и потребностей субъекта; как любое испытываемое субъектом эмоционально окрашенное состояние, и явление действительности, непосредственно представленное в его сознании и выступающее для него как событие его жизни; как наличие стремлений, желаний, представляющих в индивидуальном сознании процесс выбора субъектом мотивов и целей его деятельности и тем самым способствующих осознанию отношения личности к происходящим в ее жизни событиям; как форма активности, возникающая по невозможности достижения субъектом ведущих мотивов жизни, крушением идеалов и ценностей, и проявляющаяся в преобразовании его психологического мира, направленного на переосмысление своего существования [1]. Переживанием психическое образование является, поскольку оно связано с контекстом жизни личности. Контекст выступает как связь целей и мотивов. Они определяют смысл пережитого.

В переживании беременности первостепенную роль играет не само по себе состояние беременности, не те изменения, которые происходят с женщиной, а тот смысл, то значение, которые они представляют для беременной женщины. Смысл предстает перед нами как отношение, связывающее объективные жизненные отношения субъекта, предметное содержание сознания и предмет, и строение его деятельности [3]. Переживание беременности характеризуется подключением новых смысловых контекстов, особым смыслом беременности, связанным с тем, что женщина оценивает свое состояние как благоприятное или неблагоприятное.

Изучая проблему переживания беременности, Г.Г. Филлипова описала следующие стили переживания беременности: адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный, отвергающий [4].

Стиль переживания беременности включает в себя: физическое и эмоциональное переживание момента идентификации беременности, переживание симптоматики беременности, динамика переживания симптоматики по триместрам беременности; преимущественный фон настроения в эти периоды; переживание первого шевеления и шевелений в течение всей второй половины беременности; содержание активности женщины в третий триместр беременности [5].



Литература

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Василюк Ф.Е.– М.: Изд-во Моск. Ун-та. – 1984. – С.16-30.
2. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности как фактор формирования готовности к материнству / И.Н. Земзюлина// Известия российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена. Аспирантские тетради. – № 12 (91). – Научный журнал. – СПб, 2009.
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2003. – С. 487.
4. Филиппова Г. Г. Психология материнства /Г. Г. Филиппова. – М., 2002.
5. Филиппова Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологи /Г. Г. Филиппова// Вопросы психологии. – 2001. – №2. – С. 22-37.

ОСОБЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНЫХ УСТАНОВОК И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ В МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЯХ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Панферова Я.В.

**Донской Государственный Технический Университет,
г. Ростов-на-Дону, Россия**

Научный руководитель: доцент Хачатурян Н.Н.

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, деструктивные установки, стрессоустойчивость, личностные особенности



FEATURES OF DESTRUCTIVE INSTALLATIONS AND STRESS-RESISTANCE IN INTER-LISTAL RELATIONS OF DOCTORS OF AMBULANCE

Panferova Ya.V.

The article is devoted to the study of destructive attitudes and stress in interpersonal features of emergency physicians. As a result 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: physician, destructive installation, stress, personal characteristics

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 возникают множество негативных ситуаций, подталкивающих на возникновение отрицательных установок и развитию стрессовой ситуации в межличностных отношениях [5]. Большое количество врачей повседневно при работе с людьми, нуждающимися в медицинской помощи, испытывают воздействие экстремального характера [8]. Проблемы установок, 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 [6], нет ясности в понимании сущности установок и стрессоустойчивости, роли психики в их обеспечении, особенностей проявления в различных ситуациях.

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.



Были использованы следующие методики: методика определения деструктивных установок в межличностных отношениях В.В. Бойко, методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, личностный опросник Г. Айзенка.

По результатам исследования нами были получены следующие данные.

Уровень проявленной жестокости у врачей скорой помощи выражен наиболее ярко, по сравнению с другими категориями деструктивных установок (балл). В то же время, выражен показатель завуалированной агрессии (балл), по показателям находящийся с открытой жестокостью на достаточно высоком уровне (балл). У половины испытуемых отмечается повышенный уровень негативного личного опыта общения с окружающими (балл). Что касается брюзжания (балл), то этот компонент выражен в меньшей степени, по сравнению с другими (балл). 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 объяснено спецификой работы.

В результате применения методики Холмса и Раге был выявлен преимущественно низкий уровень стрессоустойчивости в группе врачей скорой медицинской помощи (балл).

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 (балл). 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, склонны к рискованным поступкам.

Нейротизм в проведенном исследовании был менее выражен в коллективе медицинских работников (балл). 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 специалистов скорой помощи, которым свойственны чрезвычайная нервность, неустойчивость, выраженная дезадаптация, склонность к быстрой смене настроений (лабильность), чувство виновности и беспокойства, озабоченности, депрессивные реакции, рассеянность внимания, неустойчивость 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 говорит 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 взаимосвязь между брюзжанием и обоснованным негативизмом ($r = ,582$): 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.

В связи с полученными результатами в ходе проведения исследования можно говорить, что личностные особенности врачей скорой медицинской помощи, имеют специфические связи с уровнем стрессоустойчивости и деструктивными установками в общении.

Литература

1. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии /В.А. Абабков, М. Пере. – СПб: Речь, 2004.
2. Андреева Г.М. Психология социального познания /Г.М. Андреева. – М., 1997.
3. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике /Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб.: Питер, 2001.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания/Ф.Е. Василюк. – М., 1984.
5. Василюк Ф.Е. Типология переживания различных критических ситуаций/Ф.Е. Василюк // Психологический журнал.– 1995.– т.16.– № 5.– С. 104-115.
6. Винокур В.А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение /В.А. Винокур// Медицинское обозрение. – №11. – 2004. С. 28.
7. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса /Л.А. Китаев-Смык. – М.: Просвещение, 1983. –С. 38.
8. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования /В.Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т.22, №1.
9. Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. –СПб.: Питер, 2000.
10. Рогов Е.И. Эмоции и воля /Е.И. Рогов. – М.: Гуманит. изд. Центр



11. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания / М.М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – №7
12. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. – М., 1981.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Похомова Е.В.

**Курский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии и психосоматики
Научный руководитель - к.м.н., доцент Богушевская Ю.В.**

В статье рассматривается проблема терапевтического сотрудничества, приверженности больного к длительному приёму медикаментов, выполнения предписаний врача больными шизофренией. Для усиления приверженности к лечению используются психообразовательные мероприятия. Экспериментально-психологическое исследование проводилось с двумя группами больных: участвовавших в реабилитации и не принимавших в ней участие. Реабилитационные мероприятия показали достаточно высокую эффективность, о чем свидетельствуют результаты исследования.

Ключевые слова: реабилитация, медикаментозный комплаенс, нонкомплаенс, шизофрения, психообразование.

ESPECIALLY MEDICATION COMPLIANCE HAVE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Pahomova E. V.

The problem of therapeutic cooperation, adherence of the patient to long-term medication intake, fulfillment of prescriptions of a doctor with schizophrenic patients is considered. To enhance adherence to treatment, use rehabilitation measures. Experimental-psychological research was conducted with two groups of patients: those who participated in rehabilitation and did not take part in it. Rehabilitation measures showed quite high efficiency, as evidenced by the results of the study.

Key words: rehabilitation, drug compliance, noncompliance, schizophrenia, psychoeducation.



Наличие психического расстройства является проблемой, как для больного, так и для его окружения и в целом для общества [2,3,8]. Шизофрения сопровождается не только биологическими нарушениями, но и изменением личности, нарушением социального функционирования [1,6,7]. Особую актуальность в психиатрии в последние годы приобрела проблема медикаментозного комплаенса. В словаре комплаенс обозначен как степень, с которой поведение пациента соответствует врачебным рекомендациям [4,5]. Одним из главных факторов, снижающих медикаментозный комплаенс являются побочные эффекты нейролептиков: экстрапирамидные синдромы, нейролептическая дисфория, акатизия, сексуальная дисфункция и увеличение массы тела, излишняя седация. Нонкомплаенс достоверно связан с повышенным риском госпитализации, поступлением по скорой помощи. Наличие бредовых синдромов высоко коррелирует с нонкомплаенсом, в то время как роль когнитивного снижения остается недостаточно ясной, хотя нарушения памяти, в особенности в позднем возрасте, являются предиктором парциального комплаенса. Изучением данного вопроса занимались ряд авторов, как отечественных (Бабин С.М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А., Незнанов Н.Г.), так и зарубежных (Littrell K., Jones-Vaughn J.E., MacFarlane J., Phillips E., Weinden P.J.).

Целью настоящего исследования явилась оценка медикаментозного комплаенса больных шизофренией, прошедших психообразовательные реабилитационные мероприятия, и больных, не участвовавших в реабилитации.

В нашем исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 25-ти до 45-ти лет, находящихся на лечении в ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница» с диагнозом параноидная шизофрения. Исследуемые были поделены на две выборки (каждая по 15 человек): больные не участвовавшие в психообразовательных мероприятиях и больные, прошедшие курс психообразования и реабилитации.

При обследовании использовалась Шкала медикаментозного комплаенса – клиническая шкала, предназначенная для определения прогноза уровня приверженности больного к длительному приёму медикаментов. Шкала состоит из четырех групп пунктов, соответствующих четырём основным группам факторов, влияющих на приверженность: факторы, связанные с пациентом, с лечением, с врачом и с окружением пациента. В качестве вспомогательных методик использовались три простых и распространённых клинических шкалы: шкала глобального функционирования GAF, краткая психиатрическая оценочная шкала BPRS и шкала негативной симптоматики SANS.



Статистически значимые изменения наблюдались по трем параметрам Шкалы медикаментозного комплаенса: отношение к медикации, факторы, связанные с пациентом, факторы, связанные с близким окружением.

Наиболее существенно выше в группе больных, прошедших реабилитацию, показатели субшкалы «Факторы, связанные с пациентом» ($p \leq 0,01$). Лечащие врачи, оценивавшие состояние пациентов после курса реабилитационных мероприятий, отмечали снижение уровня продуктивной (по шкале BPRS) и негативной (по шкале SANS) психопатологической симптоматики, увеличилась критика к симптомам заболевания. Редуцировались и другие симптомы нарушения эмоционально-аффективной сферы: депрессивные тенденции, эмоциональная уплощенность, ригидность эмоционального реагирования.

Достоверные различия выявлены между двумя группами наблюдались и в отношении показателей субшкалы «Отношение к медикации» ($p \leq 0,05$). В ходе проводимых интервенций больные шизофренией, прошедшие психообразовательную программу стали занимать более активную позицию относительно предлагаемого им медикаментозного лечения: у них по сравнению с группой, не участвовавшей в реабилитации более устойчивое понимание необходимости приема препаратов, интерес к параметрам терапии, меньше необоснованных опасений, связанных с психотропным действием лекарственных средств или с возможностью появления побочных эффектов, выше оценка эффективности принимаемых препаратов.

В ходе исследования выявлены достоверные различия в показателях субшкал «Факторы, связанные с близким окружением» ($p \leq 0,05$). Наблюдаемые различия позволяют говорить о том, что уровень социальной поддержки, включая материальное содействие в приобретении лекарственных средств, у больных, прошедших курс реабилитации достоверно выше.

Таким образом, достоверные различия позволяют сделать вывод о том, что больные параноидной шизофренией, прошедшие курс реабилитационных мероприятий обладают более высоким уровнем медикаментозного комплаенса – степенью соответствия поведения пациента рекомендациям врача. Результаты данного исследования должны быть учтены при составлении психообразовательных программ и реабилитационных мероприятий для больных шизофренией.

Литература

1. Богушевская Ю.В. Актуальность психообразовательных программ для больных с психическими расстройствами / Ю.В. Богушевская, М.Г. Куракова // Молодежная наука и современность: от фундаментальной идеи до



инновационных проектов. 73-я итоговая межвузовская конференция студентов и молодых ученых. В 2-х частях. Часть I. – ГОУ ВПО КГМУ Росздрава. – 2008. – С.239-240.

2. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. – М.: Медпрактика-М., 2004. – 492 с.

3. Литтрел К. Соблюдение режима лечения в психиатрии: что должен знать каждый врач, лечащий больных шизофренией (реферат) / Литтрел К., Джонс-Ван Д.Е., Мак-Фрайн Д. (Littrell K., Jones-Vaughn J.E., MacFarlane J.) // Психиатрия и психофармакология. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 238-240.

4. Мосолов С.Н. Современный этап развития психофармакотерапии / С.Н. Мосолов // Рус. мед. журн. – 2002. – Т. 10, № 12/13. – С. 45-49.

5. Незнанов Н.Г. Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // Психиатрия и психофармакология. – 2004. – Т. 6.- № 4. – С. 159-162.

6. Роль психообразовательных программ в повышении эффективности психиатрической помощи / В.Г. Севостьянов, А.В. Погосов, А.А. Голодова и др. // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения. – Краснодар.– 2003. – С. 78-81.

7. Севостьянов В.Г. Психообразовательные программы: от теории и к практике / В.Г. Севостьянов, А.В. Погосов, А.А. Голодова, Е.В. Гуреева, Ю.В. Богушевская, И.А. Погосова // Психология в вузе. – 2010. – №3. – С. 48-62.

8. Севостьянов В.Г. Психосоциальная модель реабилитации больных шизофренией / В.Г. Севостьянов, А.В. Погосов, Е.В. Племенова, А.А. Голодова, Е.В. Гуреева, И.А. Погосова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – №4. – С.59-61.

ВЛИЯНИЕ ЦВЕТА НА САМОРЕГУЛЯЦИЮ ПОВЕДЕНИЯ У ЛЮДЕЙ

Прокофьева А.А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Курск, Россия

**Научный руководитель: д. психол. н., профессор кафедры
психологии здоровья и коррекционной психологии Молчанова Л.Н.**

В статье рассматриваются основы влияния различных цветовых гамм на психофизиологическую саморегуляцию людей



Ключевые слова: цвет, зрение, психофизиологическая саморегуляция

THE EFFECT OF COLOUR ON PEOPLE'S SELF-REGULATION

Prokofieva A.A.

This article covers the basics of the effect of different colors on psycho-physiological self-regulation of people

Keywords: color, vision, psycho-physiological self-regulation

Цвета эмоциоподобны, а эмоции цветоподобны. В этом смысле можно утверждать, что конкретный цвет является символом собственного воздействия на человека. Это и позволяет использовать цвет как фактор психической регуляции [8].

По данным многочисленных исследований, цвет качественно и комплексно влияет на психофизиологическое состояние человека, включая изменение состава крови, динамику заживления тканей, тонус мышечных сокращений, функцию сердечно-сосудистой системы, восприятие (боли, температуры, времени, пространства, размера, веса), психический статус (эмоциональное состояние, психическое напряжение) [6].

Многие физиологические реакции организма на цвет протекают неосознанно. О возбуждающем влиянии красного по сравнению с синим и белым на психофизиологические показатели, знаменующие эмоциональные изменения, сообщает Р. Джерард. В его экспериментах 20 взрослых мужчин в течение 10 минут каждый подвергались освещению этими цветами одинаковой яркости. Автономная нервная система и кора были значительно менее возбуждены во время синего, нежели красного и белого освещения. Синий также вызывал субъективное ощущение расслабления, меньше тревоги и враждебности, в противоположность красному. Исследование в целом подтвердило, как сам факт различного воздействия цвета на уровень тревоги и связанного с ней возбуждения [7].

Свет и цвет оказывают мощное воздействие на психофизиологическое состояние организма человека. Это влияние, в первую очередь, опосредуется деятельностью ВНС, ее симпатического и парасимпатического отделов. Цветовое воздействие приводит к определенным изменениям тонуса ВНС, а в свою очередь, изменение тонуса ВНС оказывает влияние на цветовое зрение. Организм, находящийся в состоянии «борьбы» или «бегства» нуждается в большей степени в цветах сине-зеленой гаммы, чем красно-желтой. В то же время, состояния покоя и восстановления приводят к увеличению потребности в «активных» цветах и снижению — в «пассивных». Это — общая схема взаимосвязи цветового зрения и ВНС.



Так в исследованиях Н.К. Плишко было показано, что для состояния функционального возбуждения нервной системы характерен более низкий порог цветоразличения красного цвета в сравнении с зеленым и особенно синим. При функциональном торможении наблюдалось обратное соотношение порогов цветоразличения для данных цветов.

Так синий, и в какой-то мере зеленый, оправдывают свои характеристики, как релаксирующих, успокаивающих, и поэтому особо предпочитаются людьми, испытывающими нужду в расслаблении и отдыхе. Однако длительное воздействие этих цветов приводит к торможению и даже депрессии, вызывает впечатление чего-то печального и скучного. Красный и желтый как стимулирующие так же оправдывают свои традиционные характеристики цветов «активной стороны». В этих цветах «заинтересована» НС человека, хорошо отдохнувшего, восстановившего силы, испытывающего потребность в интенсивной деятельности, проявлении своей энергии. Длительное воздействие этих цветов может привести к перевозбуждению, а затем и к защитному торможению НС.

Характер взаимосвязи белого и черного с деятельностью ВНС является аналогичным: белый стимулирует эрготропную систему организма (обеспечивает гомеостаз в период активной физической и психической деятельности), а черный тропотропную (отвечает за синтез клеточных структур и восстановление ресурсов, за поддержание гомеостаза в период отдыха).

Если с утра пасмурно и в природе преобладают свинцово-синие тона, то настроиться на активную работу бывает очень трудно, человек может впасть в пассивное, дремотное состояние и находиться в нем достаточно долго. И наоборот, солнечное утро способствует быстрому переходу от сна к бодрствованию, достижению необходимого уровня активности. Взаимосвязь между цветом и центральной нервной системой человека представляет более сложную картину. Если для ВНС цвет — это, прежде всего, кванты энергии, поступающие в организм из внешнего мира, то для ЦНС, цвет, если можно так выразиться, — и квант информации об окружающем мире [1].

Благодаря определенным отделам ЦНС, у человека формируются цветовые ощущения, а интегративная деятельность ЦНС обеспечивает функционирование цветового восприятия и более сложные формы обработки информации. Специфические поражения центральной нервной системы могут привести к потере человеком способности воспринимать цвета частично или полностью, цветовой агнозии. Различают собственно цветовую агнозию и цветовую слепоту или дефекты цветоощущения. Собственно, цветовая агнозия не исключает цветоощущения и правильного различения отдельных цветов. Но больные с цветовой агнозией неспособны, решать задачи по цветовой классификации, предметной отнесенности цвета. Например, они не могут



сказать, какой цвет у апельсина, морковки и т.д. Цветовая агнозия имеет центральное происхождение. При цветовой слепоте наблюдается либо тотальное, либо парциальное отсутствие цветоразличения. Этот дефект может иметь как периферическое происхождение (поражения сетчатки), так и центральное. Таким образом, воздействие цвета на центральную нервную систему, с одной стороны, опосредовано деятельностью ее цветового анализатора (специфический информационный канал), а с другой — ВНС (неспецифический энергетический канал).

Цвет необходим для поддержания тонуса центральной нервной системы. Известны случаи «цветового голодания», когда при цветовой бедности окружающего пейзажа и обстановки развивались симптомы астенизации. У детей, длительное время проживающих в условиях «цветового голодания», отмечаются задержки интеллектуального развития [2].

Существует многолетняя практика и реализация попыток найти основы для подбора цветовых решений при оформлении окружающей искусственной среды, а также применение разных способов «прямого» цветового воздействия на состояние человека. Остановимся на простейшей модели использования цвета в качестве фактора психической регуляции. Эта классическая модель предполагает использование цветного освещения или колорита окраски наружных стен или интерьеров для достижения соответствующих изменений психологического состояния человека [3].

При использовании цветового освещения следует учитывать следующую закономерность: реакция на любое цветовое воздействие носит синусоидальный характер. Русский психоневролог В.М. Бехтерев, применявший цвет для непосредственного воздействия на состояние человека — применял своеобразные цветофильтры для повышения психотерапевтического воздействия. Эти работы и различные экспериментальные исследования о физиологических и психофизических эффектах воздействия цвета предварили прикладные разработки по модуляции цветовых воздействий в целях оптимизации функционального состояния человека [4].

На протяжении всей истории медицины, включая и новейшую, в мышлении пациентов и врачей укоренялась мысль, что болезнь — это результат преимущественно внешних воздействий. Такой подход мало учитывал те внутренние факторы, которые определяют особенности психической, нервной и гуморальной регуляции, т. е. в широком смысле — реактивность организма. Но будущие успехи медицины, бесспорно, связаны не только с новыми препаратами и совершенной медицинской техникой. Они во многом зависят от нашего умения управлять внутренними регуляторными и защитными процессами и механизмами.



Склонность к тому или иному цвету или сочетанию цветов может существенно меняться под воздействием самых различных факторов, в то же время у каждой личности имеются устойчивые предпочтения, составляющие личную цветовую шкалу как одно из проявлений индивидуальности. В плане диагностики существенное значение имеет отношение к тем или иным цветам самих пациентов, информацию о котором можно получить не только путем тестирования или расспроса, но и наблюдения (цвет костюма, галстука и т. д.). В отдельных случаях «социализированные» (и поэтому приобретающие знаковый характер) цвета могут оказывать такое же сильное воздействие, как и слова (например, портрет близкого человека в черном обрамлении).

Известно также, что еще В.М. Бехтерев использовал цвет в целях усиления психотерапевтического воздействия на эмоциональное состояние своих пациентов. В клинике нервных болезней Военно-медицинской академии до сих пор сохранилась комната, где В.М. Бехтерев проводил сеансы психотерапии. В этой комнате есть выдвижные рамы со стеклами красного и синего цвета. У больных в состоянии депрессии намного улучшалось настроение, если психотерапия проводилась при красном свете и, наоборот, синий свет благотворно действовал при возбуждении. При всех спорах о различиях в действии того или иного конкретного цвета на эмоциональное состояние человека имеются общие закономерности: длинноволновая часть видимого спектра (наибольшая длина волны — у красного цвета, затем у оранжевого и желтого и т. д.) действует возбуждающе (мобилизует, стимулирует), а коротковолновая (начиная с голубого цвета) — успокаивает или угнетает. Эти сведения также целесообразно сообщать пациентам и рекомендовать им учиться самостоятельно подбирать необходимый цвет как в целях стимуляции, так и коррекции своего состояния.

Образы необходимо целенаправленно «окрашивать», давая пациентам обоснованные рекомендации. При отсутствии таких рекомендаций пациенты «окрашивают» образы самостоятельно, при этом не всегда адекватно. В этих целях на основании рекомендаций Г. Филлинга и К. Ауэра и собственного опыта нами предлагается использовать данные о психоэмоциональном воздействии цвета, приведенные в табл. 1 [5].

Таблица 1

Воздействие цвета на психоэмоциональное состояние в зависимости от локализации на «развертке» сюжетного образа при аутогенной тренировке

Цвет	Локализация		
	Вверху	Боковые поверхности или перспектива	Внизу



Красный	Возбуждает	Возбуждает	Воспринимается неестественно
Оранжевый	Способствует концентрации внимания	Ощущение тепла, способствует релаксации	Эффект тепла, иногда воспринимается неестественно
Жёлтый	Вызывает приятные ощущения	Может вызывать неприятные ощущения	Эффект приподнятости
Зелёный	Воспринимается неестественно	Успокаивает	Снотворное действие
Голубой	Ощущение легкости	Вызывает отчуждение	Успокаивает
Синий	Вызывает тревожность	Вызывает отчуждение	Тревога, ощущение бездны
Коричневый	Чувство тяжести, давления	Усиливает ипохондрическую настроенность	Ощущение уверенности

Мною был проведён социологический опрос студентов, целью которого было: определить наиболее приемлемую цветовую гамму для оформления больничных палат. В опросе приняло участие 160 студентов из Курского государственного медицинского университета (КГМУ) и Юго-Западного государственного университета (ЮЗГУ).



Рис. 1 – Представленные цветовые гаммы

Студентам было предложено выбрать 5 наиболее подходящих, по их мнению, цветовых гамм. Наибольшее количество респондентов отдало своё предпочтение цветовой гамме под номером 4; за неё проголосовало 100 человек (62,5 %). Второе место по мнению студентов занимает комната под номером 12; её выбрал 91 человек (56,9%). Третье место принадлежит цветовой гамме



№5 (83 человека; 51,9%). Менее популярна оказалась комната №14 – 70 человек; 43,8%. На последнее место опрашиваемые студенты поставили цветовые гаммы № 15 и №16. При анализе полученных данных я пришла к выводу, что большинство респондентов выбирали цвета, которые благоприятно действуют на психофизиологическое состояние человека.

Литература

1. Базыма Б.А. Психология цвета / Б.А. Базыма. – М. 2001. – 215 с.
2. Базыма Б.А. Цвет и психика / Б.А. Базыма. – Харьков, 2001. – 200 с.
3. Гёте И.В. Учение о цветах / И.В. Гёте. – Петербург, 1920. С. 201-286.
4. Леонова А.Б. Психологические технологии управления состоянием человека / А.Б. Леонова, 2007. – 138 с.
5. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – 1974. – 98 с.
6. Серов Н.В. Теоретические проблемы психологии в хроматизме / Н.В. Серов. – 2004. – 120 с.
7. Яньшин П.В. Введение в психосемантику цвета / П.В. Яньшин. – Самара, 2001. – 189 с.
8. Яньшин П.В. Цвет как фактор психической регуляции // Прикладная психология / П.В. Яньшин, 2000. – №4. – С. 14-27

СУБЪЕКТИВНЫЙ ЛОКУС КОНТРОЛЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАНТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ «СУБЪЕКТ-СУБЪЕКТНЫХ» ПРОФЕССИЙ

Протопопова М.А.

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

**Научный руководитель: д. психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Молчанова Л.Н.**

В статье представлены результаты эмпирического подтверждения взаимосвязи профессионального выгорания и субъективного локуса контроля у специалистов «субъект-субъектных» профессий.



Ключевые слова: профессиональное выгорание, специалисты «субъект-субъектных» профессий, локус контроля.

SUBJECTIVE LOCUS OF CONTROL AS THE PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF PROFESSIONAL BURNOUT AMONG THE SPECIALISTS OF "SUBJECT-SUBJECT" PROFESSIONS

Protopopova M.A.

The results of the empirical confirmation of the relationship between professional burnout and subjective control locus in the specialists of "subject-subject" occupations are presented in the article.

Key words: professional burnout, specialists of "subject-subject" professions, locus of control.

Проблема профессионального выгорания на сегодняшний день является одной из самых актуальных [3, 4, 5]. Это связано с теми трудностями, с которыми сталкивается человек в современном мире. Высокий темп жизни, огромное количество стрессовых ситуаций, большое количество требований – все это не может не отразиться на психическом, эмоциональном и физическом состоянии человека. Психическое выгорание чаще причисляют к полному регрессу профессионального развития, так как оно охватывает личность в целом, разрушая ее и отрицательно влияя на эффективность трудовой деятельности, а также на социальную жизнь индивида [2, 6].

Термин «профессиональное выгорание» ввел американский психиатр Н. Freudenberger в 1974 году. Изначально он применял его для специалистов, работающих в сфере социальной помощи. По его мнению, профессиональное выгорание – это истощение энергетических ресурсов, которое наступает вследствие накопления у работников социальных сфер проблем своих пациентов или клиентов. К лицам, которые больше всего подвергаются эмоциональному выгоранию, Н. Freudenberger относит склонных в значительной мере к сочувствию, гуманности, являющихся идеалистами, интровертами и обладающими пониженным уровнем психической стойкости. В результате выгорания у специалистов появляются защитные реакции в виде циничных установок [7].

По В.В. Бойко эмоциональное выгорание – выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [1].

В настоящее время самым распространенным является определение выгорания, данное С. Maslach, S. Jackson (1984). По их мнению, психическое



выгорание – это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Профессиональное выгорание рассматривается как симптомокомплекс или синдром, который включает три составляющие: эмоциональное истощение, деперсонализацию, редукцию личных достижений [8].

Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. Оно проявляется в снижении эмоционального тонуса, утрате интереса к окружающему миру, в стремлении уберечься от излишнего напряжения, в появлении симптомов депрессии и физическом недомогании. Человек чувствует, что не может отдаваться работе как раньше. Возникает ощущение «приглушенности», «притупленности» эмоций, в особо тяжелых случаях возможны эмоциональные срывы. Данный компонент определяется С. Maslach как базовый в развитии выгорания.

Деперсонализация предполагает циничное отношение к труду и объектам своего труда. Это развитие негативных, черствых, безразличных установок по отношению к людям. Контакты с реципиентами становятся формальными. Деперсонализация возникает как ответ на эмоциональное истощение и, прежде всего, является защитной реакцией организма. Однако, существует риск перехода деперсонализации в дегуманизацию. Данный компонент можно назвать межличностным компонентом выгорания.

Редукция личных достижений – самооценочный компонент выгорания, проявляющийся в возникновении у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, в снижении чувства собственной значимости. Данный компонент выгорания рассматривается в качестве показателя рабочей мотивации. У специалиста возникает чувство низкой профессиональной эффективности, заниженная самооценка, неудовлетворенность собой как профессионалом, неспособность адекватно оценивать себя и результаты своей работы.

Среди причин, способствующих развитию выгорания, большинство авторов выделяют внутренние (индивидуальные) и внешние (организационные) характеристики.

К внешним факторам относят повышенную психофизиологическую нагрузку, неорганизованность режима труда и отдыха, присутствие нравственной ответственности за жизнь людей, наличие эмоционально насыщенных межличностных контактов, неблагоприятная атмосфера в коллективе, дефицит времени и др.

К внутренним факторам развития профессионального выгорания относят стаж работы, выносливость, самооценка, нейротизм, стиль сопротивления и др. [6].



Цель исследования –выявление взаимосвязи профессионального выгорания и субъективного локуса контроля у специалистов «субъект-субъектных» профессий.

Исследование проводилось с участием 12 специалистов субъект-субъектных профессий (ведущие специалисты по подбору и обучению персонала, юристы) со стажем работы 0,5-3 года.

Объектом исследования является профессиональное выгорание у специалистов «субъект-субъектных» профессий.

В качестве **предмета** исследования рассматривали взаимосвязь профессионального выгорания у специалистов «субъект-субъектных» профессий с их субъективным локусом контроля.

Применялся следующий психодиагностический инструментарий: Диагностика профессионального выгорания (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой), Тест-опросник «Исследование субъективного контроля», разработанный Е.Ф. Бажиным на основе шкалы локуса контроля Дж. Роттера.

Гипотезой исследования выступило предположение о том, что высокий субъективный локус контроля снижает вероятность появления профессионального выгорания.

Локус контроля – это характеристика волевой сферы человека, которая отражает его склонность приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам или собственным способностям и усилиям. Приписывание ответственности за результаты своей деятельности внешним силам носит название экстернального, или внешнего, локуса контроля, а приписывание ответственности собственным способностям и усилиям – интернального, внутреннего, локуса контроля.

Ниже приведены средние значения и стандартные отклонения по каждой из трех шкал опросника «ПВ», полученные при исследовании специалистов «субъект-субъектных» профессий (табл.1).

Таблица 1

Средние значения показателей профессионального выгорания

Компоненты выгорания	Среднее значение	Стандартное отклонение
Эмоциональное истощение	19,9	8,78
Деперсонализация	8,25	4,67
Редукция личных достижений	32,92	7,47

Исследование показало, что эмоциональное истощение выявлено у 41,6% испытуемых, высокого уровня деперсонализации у данной выборки не выявлено, редукция личных достижений на низком уровне у всех испытуемых.



Данные полученные в результате исследования, говорят о том, что компоненты профессионального выгорания у данных испытуемых находятся в пределах нормы, но некоторым испытуемым все же следует обратить внимание на их эмоциональное состояние, связанное с профессиональной деятельностью.

Проведя корреляционный анализ в данной выборке и проанализировав связь субъективного локуса контроля с компонентами профессионального выгорания, мы выявили, что существует связь между субъективным локусом контроля и такими компонентами профессионального выгорания, как эмоциональное истощение ($p=0,01$) и деперсонализация ($p=0,00023$). Чем выше интернальность, тем более низок уровень эмоционального истощения и деперсонализации.

Таким образом, в результате проведенного исследования гипотеза подтвердилась. Субъективный локус контроля специалиста влияет на его устойчивость к профессиональному выгоранию. Чем больше ответственности за свою жизнь берет на себя специалист, тем менее он подвержен эмоциональному истощению, деперсонализации, а значит и профессиональному выгоранию в целом.

Литература

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении /Бойко В.В. – СПб.:Питер, 1999 – 105 с.
2. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Водопьянова Н.Е.– СПб. Питер, 2005. – 421 с.
3. Молчанова Л.Н. Внутрипрофессиональная дифференциация состояния выгорания в педагогической деятельности / Л.Н. Молчанова // Казанский педагогический журнал. – 2009. – № 9-10. – С. 124-133.
4. 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.
5. Никишина В.Б. Состояния выгорания медицинских работников в контексте внутрипрофессиональной дифференциации / В.Б. Никишина, Л.Н. Молчанова // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. – 2011. – № 24. – С. 986-993.
6. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Журнал практической психологии и психоанализа Портал психологических изданий PsyJournals.ru — <http://psyjournals.ru/psyedu/2013/n2/62343.shtml> [Ценности спасателей с различной степенью эмоционального выгорания // Психологическая наука и образование.– 2013. – № 2.



7. Freudenberger H. Staffburn-out Journal of Social Issues. – 1974. –V. 30(1).
8. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual (Third Edition). Palo Alto, California: Consulting Psychological Press, Inc., 1996.

ПРОБЛЕМА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Рахманова К.А.

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

**Научный руководитель: к. психол.н., старший преподаватель
кафедры общей и клинической психологии Есенкова Н.Ю.**

Рассматривается жизнеспособность личности больного с ССЗ в контексте внутренней картины болезни. Описывается клинико-психологические, социально-психологические и личностно-психологические аспекты жизнеспособности больных ССЗ.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, внутренняя картина болезни, жизнеспособность.

THE PROBLEM OF THE VIABILITY OF PATIENTS WITH A CARDIOLOGICAL PROFILE

Rahmanova K.A.

The resilience of the patient's personality with CVD has been considered in the context of internal picture of the disease. Clinical-psychological, social-psychological and personal-psychological aspects of resilience have been described in patients with CVD.

Key words: cardiovascular disease, internal picture of the disease, resilience.

Заболевания кардиологического профиля справедливо называют эпидемией XX века. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) ежегодно уносят 17,5 миллиона жизней. На июнь 2017 год показатель смертности населения



России от болезней системы кровообращения составил 614,6 (за аналогичный период 2016 года - 635,3) на 100 тыс. человек, и данную причину смерти приходится 46,7% от всех случаев смерти. Всего болезнями сердца и сосудов в России страдают более 24 миллионов человек [1].

Для понимания ситуации, в которой оказывается больной, страдающий сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо категоризировать ее, определить ее особенности. Мнения ученых о сущности ситуации хронического соматического заболевания неоднозначны; одни относят ее к стрессовой, другие обнаруживают признаки экстремальных и кризисных ситуаций, ввиду наличия витальной угрозы, отсутствия контроля над ситуацией, стадийности протекания реакций на заболевание, неопределенность будущего, разрушение картины мира. Так, ученые указывают на структурные и функциональные нарушения тканей, органов в динамике стресс-реализующих систем, что подчеркивает роль стрессовых факторов в этиопатогенезе кардиоваскулярных заболеваний. В свете высказанных суждений становится понятным, что при описании переживаний человеком ситуации болезни могут присутствовать элементы и экстремального, и кризисного, и стрессового состояний [5].

Но не вызывает сомнения то, что жизненная ситуация ССЗ требует от индивида таких действий и условий, которые находятся на границе его адаптивных возможностей или даже превосходят имеющиеся у него резервы для того, чтобы защитить и утвердить значимую ценность, систему отношений, качество личности.

В ситуации, вызванной ССЗ, приобретает особую значимость жизнеспособность человека как способность реализовывать и управлять ресурсным потенциалом, использовать конструктивные стратегии поведения, что обеспечивает возвращение личности на прежний уровень функционирования или определяет посткризисный личностный рост [2].

В современной психологии жизнеспособность исследуется в рамках изучения адаптационных процессов, которые «подразумевают не только сохранение гомеостаза и равновесия, но и приобретение чего-то позитивного в ситуации преодоления трудностей» [8].

Для отечественной науки понятие «жизнеспособность» остается малоизученным. Если и существуют на сегодняшний день исследования, то они выполнены в рамках социально-психологического подхода, а вот клиническо-психологические аспекты остаются практически неизученными и разрозненными. Для понятия «жизнеспособность» недостаточно определен его психологический статус и место в структуре психической организации человека. Характерны большая вариативность в определении подходов в понимании жизнеспособности и структурных компонентов [7].



Уже с появления первых симптомов болезни формируется внутренняя картина болезни. В ходе развития заболевания имеет место переструктурирование компонентов ВКБ; определенный компонент начинает доминировать в ее структуре. Выделяют 5 этапов развития ВКБ: предмедицинский этап, этап острой манифестации заболевания, период активной адаптации, психической декомпенсации, этап пассивной адаптации [4].

Одновременно с трансформацией внутренней картины болезни как совокупности субъективных переживаний пациента, вызванных болезнью, изменяется и жизнеспособность человека. Отметим, что механизм формирования жизнеспособности больных ССЗ состоит в том, что люди должны намеренно и настойчиво выстраивать другие жизненные схемы, цели и смыслы, которые создают такое сочетание, которое дает человеку возможность чувствовать, что он движется, насколько это возможно, по направлению к собственным, новым целям.

Мы предполагаем, что клинико-психологические факторы: особенности течения болезни, ее динамика, наличие витальных осложнений, процесс лечения, тяжесть заболевания, применение хирургических методов лечения, степень инвалидизации, индуцируют изменения в структурной организации ВКБ, что, вполне обоснованно, вызывает трансформацию жизнеспособности личности больного ССЗ, понимаемой как индивидуальной способности управлять собственными ресурсами.

Рассмотрение жизнеспособности личности больного ССЗ целесообразно на физиологическом, социально-психологическом и личностно-психологическом уровнях [7].

К социально-психологическим факторам жизнеспособности кардиологического больного можно отнести семейные связи и социальные связи. Они играют важную роль в развитии жизнеспособности индивида. На ранних этапах болезни, как правило, родственники проявляют заботу о больном, в дальнейшем она может смениться «психологической усталостью» от болезни близкого человека. Безопасные межличностные связи обеспечивают важный источник эмоциональной поддержки для кардиологических больных и служат основанием жизнеспособности. Данный компонент жизнеспособности оценивает следующие способности: активно развивать социальные отношения; совершенствовать модели семейного общения, заботы и дисциплины; поддерживать эмоциональную близость между членами семьи; стремиться поддерживать отношения с родителями на протяжении всей жизни; формировать позитивные взаимоотношения в семье; развивать семейные ресурсы.



На личностно-психологическом жизнеспособность личности больного ССЗ представлена следующими компонентами: самоэффективностью, совладанием и адаптацией, настойчивостью, духовностью, личностным смыслом болезни и внутренним локусом контроля.

Самоэффективность включает индивидуальные ожидания и представления, веру в способность индивида мобилизовать мотивацию, когнитивные ресурсы и действия для оказания влияния на то или иное событие. Самоэффективность в контексте рассмотрения его значения в течении, прогрессировании заболевания есть понимание больных своих возможностей и веру в свою эффективность; а также способности к мобилизации, при столкновении с трудностями помогает оставаться эффективным; осуществлять контроль над стрессом и действовать уверенно; использовать опыт других, понимать причины собственных эмоциональных реакций и прогнозировать их [7].

Настойчивость, как свойство упорства, живучести, определяет самодисциплину индивида и его желание продолжить борьбу за восстановление баланса после воздействия неблагоприятных событий жизни. Настойчивость больных ССЗ предполагает активное вовлечение в разработку новых целей; освоение новых навыков; продолжать делать, заканчивать начатое и продвигаться вперед; справляться с трудностями и возрождаться всякий раз, когда обстоятельства выше возможностей; разработать собственные решения проблем; активно получать социальную поддержку от окружающих и выполнять обязанности в отношении других; к упорству и выдержке [7].

Внутренний локус контроля связан с восприятием индивидом возможности влиять на окружение и ход жизни в будущем. Больные с ССЗ должны быть способны находить позитивные решения для самих себя и других; контролировать жизнь и события своей жизни; использовать широкий диапазон средств улучшения здоровья; содействовать адаптивному поведению, активной жизненной позиции как важным элементам автономии, ответственности и оптимизм, существенно увеличивает комплаентности больного, улучшая, тем самым, качество его жизни [7].

Совладание связано с некоторыми когнитивными и поведенческими стратегиями, используемыми индивидом для управления потребностями в неблагоприятных условиях, тогда как адаптация является процессом приспособления к изменяющимся или неблагоприятным обстоятельствам. У больных ССЗ внутренние и внешние стрессоры всегда существуют, поэтому индивидуальная способность совладать с этими событиями влияет на то, как он будет оценивать ситуацию, как он будет обучаться в стрессовых ситуациях и насколько он успешно приспосабливается к ним. Таким образом, данный компонент жизнеспособности влияет на активные формы совладания – поиск и



решение проблем; а также способности к эмоциональной регуляции и саморегуляции; рассчитывать на самого себя; управлять собственными проблемами; справляться с требованиями окружающей среды; оценивать значимость ситуации и их потенциальные угрозы; организовывать управление любой ситуацией; оценивать эффективность и результативность собственных усилий; адаптироваться к требованиям ситуации; находить смысл в активном решении проблемы и позитивный смысл в сложных ситуациях; уметь обращаться к социальной поддержке; быть способным преобразовывать ситуацию; уметь устанавливать оптимальное соответствие своих интересов окружающей среде; достигать социально значимых целей; эффективно взаимодействовать с социальной средой [7].

Духовная жизнь индивида представляет собой еще один внутренний компонент жизнеспособности человека, отражающий уровень его духовного и нравственного развития. Данный компонент указывает на стремление найти в вере опору, оставаться нравственно устойчивым и являться ориентиром для других в нормах морали; поступать в соответствии со своими моральными представлениями, основанными на вере в проведение; стремление обращаться к Богу или иной высшей силе; а также способности: давать духовно-нравственную оценку всему происходящему вне и внутри себя; действовать в соответствии с собственной и общественной системой духовно-нравственных ценностей; оказывать влияние на других людей, исходя из ценностно-смысловых и нравственных установок [7].

Таким образом, мы полагаем, что изучать жизнеспособность личности больного кардиологического профиля необходимо во взаимосвязи со структурно сложным и многомерным психологическим феноменом - внутренней картиной болезни с учетом воздействия клинико-психологических факторов.

Литература

1. Аналитический вестник. Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. – Москва, 2015. – № 44 (597). – С. 9 – 18.
2. Вассерман Л.И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией /Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, В.Л. Федорова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 27. – С. 67-71.
3. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение /Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб. – М.: Академия, 2003. – 736 с.
4. Квасенко А.В. Психология больного /А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Л., Медицина, 1980. – 184с.



5. Киселева М.Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний / М.Г. Киселева // Национальный психологический журнал. – 2012. – № 1(7). – С. 124-130.
6. Махнач А.В. Жизнеспособность человека и семьи: Социально-психологическая парадигма /А.В. Махнач. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. – 459 с.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство/. – М.: МЕДпресс, 2005. – 432 с.
8. Нестерова А.А. Социально-психологическая концепция жизнеспособности молодежи в ситуации потери работы: автореф. дис. ... доктора псих. наук / А.А. Нестерова. – М, 2011. – 50 с.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОГО АКТА У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Рыжкова А.Г.

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

**Научный руководитель: профессор, д. психол.н., зав. кафедрой психологии
здоровья и коррекционной психологии Никишина В.Б.**

В статье представлено исследование особенностей динамической организации у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью. Выявлено нарушение реципрокной организации, проявляющееся в нарушении динамической организации движений, их пространственной организации, в нарушении кинетической и кинестетической основы двигательного акта.

Ключевые слова: динамическая организация, высшие психические функции (ВПФ), младший школьный возраст, умственная отсталость.

FEATURES OF THE DYNAMIC ORGANIZATION IN MENTALLY RETARDED CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE.

Ryzhkova A.G.

This paper presents the study characteristics of the dynamic organization of primary school age children with mental retardation. The violation reciprocal of the



organization, manifested in the disruption of the dynamic movements, their spatial organization, in violation of the kinetic and kinesthetic basis of motional act.

Key words: dynamic organization of higher mental functions (VPF), primary school age, mental retardation.

Проблемой обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии занимались многие выдающиеся отечественные педагоги и психологи. Среди них можно назвать Р.М. Боскис, Т.А. Власову, Л.С. Выготского, И.И. Данюшевского, Р.Е. Левину, И.М. Соловьёва, Ж.И. Шиф, Л.В.Занков. И другие представители школы Л.С.Выготского: А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев, Д.Б.Эльконин [6].

Интеллект человека определяется как средовыми, так и генетическими факторами. Те дети, у родителей которых диагностирована умственная отсталость, - это уже группа риска. Они более подвержены развитию психических нарушений, хотя именно генетическая передача как таковая встречается крайне редко. Несмотря на достижения генетики и определенные успехи в этой области, причины 70-80% случаев заболеваний так и не удается установить. Чаще всего их выявляют в особо тяжелых случаях [3].

Распространенность умственной отсталости в детской популяции составляет от 1 до 5% и во многом зависит от региональных особенностей: экологии, уровня социально-экономического развития и т. д.[1]. Задержанное или неполное развитие психики характеризуется, в первую очередь, нарушением способностей, проявляющихся в период созревания, которые обеспечивают общий уровень интеллектуальности (когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей) [1].

В МКБ-10 умственная отсталость (F70-F79) рассматривается как состояние задержанного или неполного умственного развития, характеризующееся снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, определяющих общий уровень интеллекта [1].

Развитие психики ребенка значительно связано со степенью его игровой деятельности, которая у ребенка подчинена общим правилам развития движений: от простых способов подражания движениям взрослого до сложных сюжетно-ролевых вариантов игр. В связи с изменениями социально-экономических, культурных условий игровая деятельность претерпела значительные изменения. Еще 10-15 лет назад дети достаточно много играли в подвижные игры, в которых совершенствовалась не только координация ребенка, его моторика, но и развивалась временно-пространственная ориентация. В настоящее время можно говорить о превалировании игр статического характера - это пазлы, конструирование, лото, компьютер и другие электронные игры. При этом двигательная сфера ребенка остается



недостаточно востребованной, что сказывается в недостаточной сформированности двигательно-моторных и координаторных функций ребенка а так же его динамического праксиса [7].

Вопросами изучения онтогенеза динамической организации занимались многие отечественные и зарубежные исследователи Лурия А.Р., Хомская Е.Д., Глозман Ж.М. К. Липманн и др.

Н.А. Бернштейн, Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, Й. Лангмейер, М.И. Лисина, З. Матейчек, А.А. Ухтомский, Д.Б. Эльконин, развивая физиологию активности, обращают внимание на тот факт, что в случаях недоразвития динамического праксиса, проявляющейся в ограничении движения, вызывающие трудности в организации ручной и обей моторики работы имеют место психологические деформации которые необходимо устранять в дошкольный период. Динамический праксис – это динамическая организация действий, их последовательность, способность к переключению с одного действия (или элемента) на другое [4].

Нейропсихологический уровень нарушений динамической организации двигательного акта связана с поражением нижних отделов премоторной области коры больших полушарий и входит в премоторный синдром, т.е. протекает на фоне нарушения автоматизации (временной организации) различных психических функций. Проявляется в виде распада «кинетических мелодий», т.е. нарушения последовательности, временной организации двигательных актов. При этом характерны простые двигательные персеверации (элементарные по Лурия), проявляющиеся в бесконтрольном продолжении раз начавшегося движения (особенно серийно выполняемого). Кинетическая апраксия проявляется в нарушении различных двигательных актов - предметных действий, рисования, письма, в трудностях выполнения графических проб, особенно при серийно выполняемых движениях (динамическая апраксия) [4].

В 1956 году, Джекопс Фулт и Кенард, выявили, что при нарушении премоторной коры не происходит самих двигательных импульсов, ни нарушается их точность адресации и не возникает дефектов в пространственной организации движений. Однако, четкая и плавная серийная организация движения в этих случаях, как правило, нарушается. Ребенок не может быстро оттормаживать предыдущие звенья и переключаться на последующие, обобщенные динамической схемой двигательного акта не создается и больной вынужден обращаться к вспомогательным речевым опорам, привлекая речь для организации каждого звена двигательного акта [5]. Таким образом можно предположить что нарушения когнитивного (речевого) развития могут быть связаны с нарушением динамической организации при умственной отсталости.



База исследования. Эмпирическое исследование проводилось на базе Курской школы «Ступени» №26 г. Курска с сентября по ноябрь. В исследовании участвовали 22 человека 11 мальчиков и 11 девочек, от 7 до 10 лет. Дизайн исследования предполагал выделение экспериментальной группы, которая состояла из детей 7-8 лет, и выделение контрольной группы, которая состояла из детей 9-10 лет. Еще одним основанием является выделение групп по половому признаку, выделение групп мальчиков из 11 человек и девочек 11 человек.

Методы исследования: набор нейропсихологических проб исследования целенаправленных двигательных функций (праксиса) и пространственного восприятия (гнозиса) В программу включались следующие функциональные нейропсихологические пробы: «кулак–ребро–ладонь», проба на перенос позы пальцев по зрительному образцу, на перенос позы пальцев по тактильному образцу, на реципрокное постукивание, проба Хэда, графическая проба, на реципрокную координацию. выполнения нейропсихологических проб осуществлялась по 4-балльной шкале: 0 – отсутствие ошибок или «неспецифические» ошибки для той или иной пробы, свойственные и здоровым испытуемым; 1 – слабовыраженные нарушения; нижняя нормативная граница; 2 – нарушения средней степени тяжести высших психических функций; 3 – грубые расстройства высших психических функций [2].

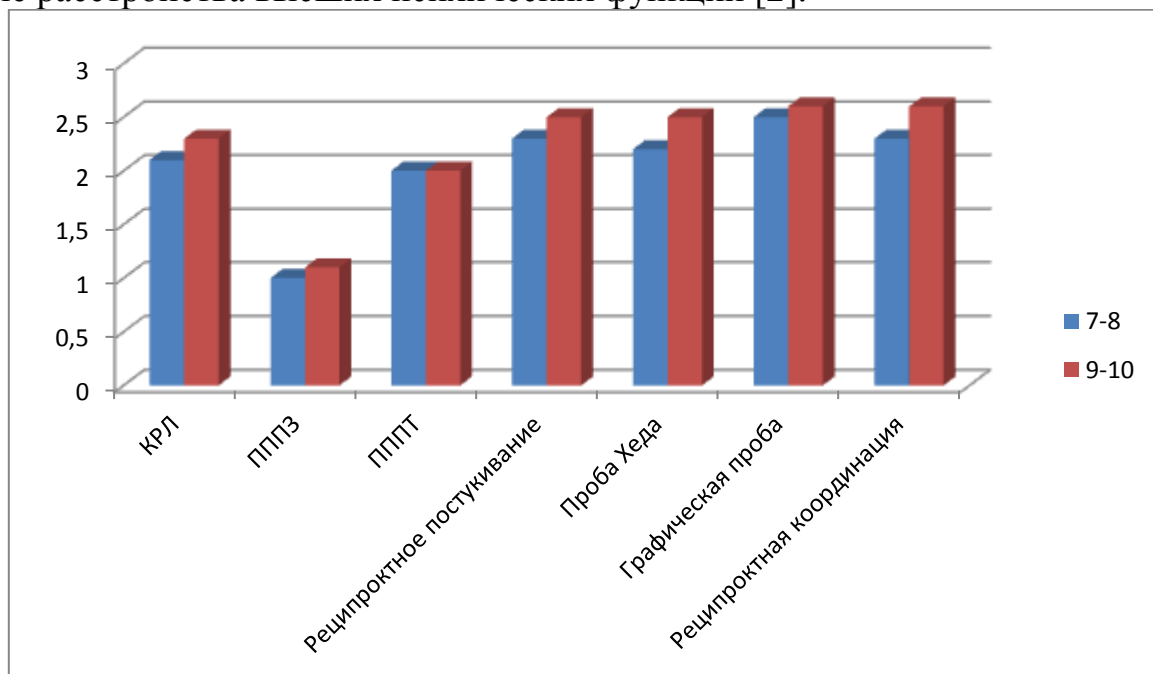


Рис.1 Диаграмма групп выделенных по основанию возраста



При сравнении групп выделенных по основанию возраста были получены следующие результаты: у детей 9-10 лет наблюдались более высокие показатели чем у детей 7-8 лет это свидетельствует о нарушении динамической организации двигательного акта. Данные результаты могут отрицать общую онтогенетическую закономерность согласно которой динамическая организацию с возрастом созревают, однако следует отметить, нарушенный уровень динамической организации, если сравнивать с возрастной нормой, а особенно в пробах Кулак-Ребро-Ладонь и проба Хеда.

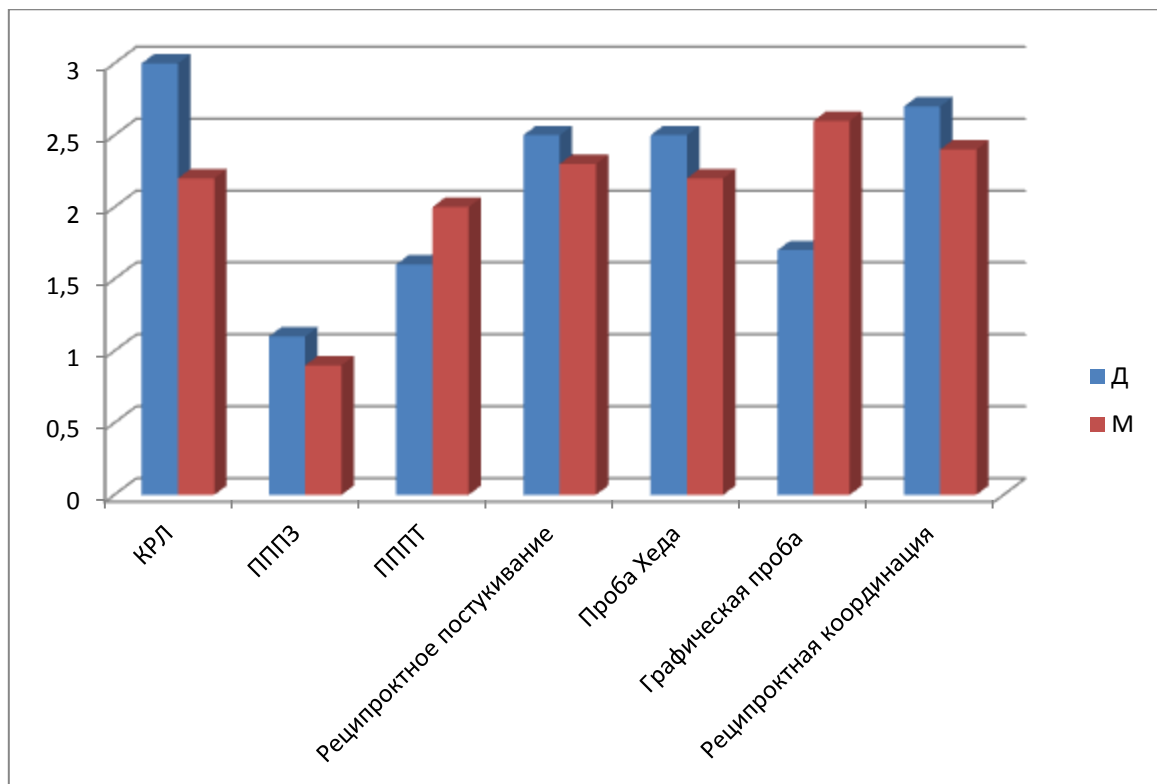


Рис.2 Диаграмма групп выделенных по основанию пола

При сравнении групп выделенных по основанию пола были получены следующие результаты в пробе на «Кулак-ребро-ладонь» у девочек наблюдались более высокие показатели в темпе, точности, координированности и дифференцированности, чем у мальчиков. В пробах на реципроктное постукивание и реципроктную координацию было выявлено: что девочки выполняют пробы более точно и быстрее чем мальчики. В пробах на поздний праксис по зрительному образцу выявлены более высокие показатели у девочек чем у мальчиков, а в пробе поздний праксис по тактильному образцу наоборот, это свидетельствует о более развитом зрительном восприятии у девочек. В графической пробе были получены результаты высоких показателей у



мальчиков, что свидетельствует о более высоком уровне усвоения двигательной программы, и развития зрительно-моторных координаций и пространственных представлений. У девочек с умственной отсталостью по сравнению с мальчиками мы наблюдаем более гибкие показатели межполушарного взаимодействия и реципроктной координации, а у мальчиков графической пробы и зрительно-моторной координации.

Таким образом, у детей с умственной отсталостью обнаружены как общие онтогенетические закономерности связанные с формированием морфологических структур обусловленных динамической организацией, так и специфические, связанные с половыми признаками.

Литература

1. Ахметзянова А.И. Особенности реципроктной организации у подростков с умственной отсталостью / Никишина В.Б., Петраш Е.А., Никишина Е.И.// Неврологический вестник.– 2017. — Т. XLIX, вып. 2.– с. 44-48
2. Вассерман Л.И. Методы нейропсихологической диагностики / Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. – СПб.: Стройлеспечать, 1997. – 360 с.
3. Козловская Г.В. Актуальные вопросы охраны психического здоровья детей раннего возраста / М.А. Калинина, М.В. Иванов и др.// Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин. – 2013. – №2. – С. 11-15.
4. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие /Ю.В. Микадзе.– СПб.:Питер, 2008. –288с
5. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте/А.В. Семенович. – М: Академия, 2002. –232с.
6. Хышиктуева Т.П. Умственная отсталость у детей (обзор литературы) / Е.Л. Усачева, Ю.В. Лебедева, В.В. Ахметова // Некоммерческое партнерство содействия развитию системы здравоохранения и медицины «Русмедикал групп» Москва. –2014.–С. 22-26.
7. Хромова Р.А. Диагностика динамического праксиса у детей с общим недоразвитием речи/Р.А. Хромова //МБДОУ№4. – Сургут, 2014.



ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СХЕМЫ ТЕЛА У РЕБЕНКА МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА ПО ТИПУ ТОТАЛЬНОЙ СЛЕПОТЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Рябыкина А.И.

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

**Научный руководитель: д. психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Молчанова Л.Н.**

В статье представлен клинический разбор нейропсихологического исследования схемы тела у ребенка младшего школьного возраста с нарушением зрительного анализатора по типу тотальной слепоты

Ключевые слова: схема тела, пространственная ориентация

INVESTIGATION OF THE STRUCTURAL ORGANIZATION OF THE BODY SCHEME IN THE CHILD OF THE YOUNG SCHOOL AGE WITH VIOLATION OF THE OPTICAL ANALYZER BY THE TYPE OF TOTAL BLIND: CLINICAL CASE

Ryabykina A.I.

A clinical analysis of a neuropsychological study of the body scheme in a child of primary school age with a visual analyzer violation by the type of total blindness is presented in the article

Keywords: body diagram, spatial orientation

Развитие понимания детьми схемы собственного тела является чувственной основой системы отсчета при ориентировании в окружающем пространстве. Боязнь пространства и страх передвижения, столкновения с незнакомыми объектами тормозят у слепых детей формирование двигательной сферы, как одной из важнейших составляющих деятельности ориентирования [1]. У слепых детей наблюдаются трудности и замедленность формирования сложных двигательных актов, новых предметных действий. Исследования слепых и слабовидящих дошкольников Л.И. Плаксиной, Л.В. Рудаковой и Л.С. Сековец выявили также замедленность темпа развития и осуществления ориентировки в микро - и макропространстве, ошибки при выделении формы,



величины, удаленности, пространственного расположения предметов по отношению друг к другу [2]. Овладение детьми навыками ориентировки в схеме тела представляет собой одно из условий познания окружающей действительности. Успешное развитие этих навыков подготавливает последующее усвоение процесса чтения и письма, стимулирует мобильность человека и в конечном итоге приводит к такому значимому результату, как более успешной социализации и свободной интеграция в общество.[3]

Цель клинического анализа - исследование структурной организации схемы тела у ребенка младшего школьного возраста с нарушением зрительного анализатора по типу тотальной слепоты

Нейропсихологическое исследование структурной организации схемы тела осуществлялось в несколько этапов:

1. Исследование чувствительности: поверхностная чувствительность (волоски Фрея, локализация прикосновений), дискриминационная чувствительность (циркуль Вебера), глубокая чувствительность (перенос поз рук по кинестетическому образцу, проба на перенос угла согнутой руки на другую руку, исследование высших осознательных функций (проба Ферстнера).

2. Исследование представлений о схеме тела: показ частей тела, лица, вербализация представлений (называние частей тела, лица)

3. Исследование восприятия своей схемы тела: «методикаФельденкайза»

4. Исследование пространственной ориентировки в своей схеме тела: право-левая ориентировка, проба Хэда.

5. Исследование пространственной ориентировки в чужой схеме тела: Использование деревянной дидактической игрушки (человечек с подвижными суставами).

Все инструкции подавались по слуховому и тактильному предъявлению.

Девочка Д., 9 лет. Обучается в школе для детей с ограниченными возможностями. Имеет нарушение зрительного анализатора по типу тотальной слепоты с момента рождения. Другие сопутствующие нарушения отсутствуют. При этом в месте, времени, собственной личности ориентируется. Гипомимична. Темп деятельности во время исследования снижен.

При исследовании первого блока значимых нарушений выявлено не было. Проекция прикосновений во внутренней схеме тела без нарушений, порог чувствительности в норме, пробу на локализацию прикосновений выполняет точно, стереогноз сформирован. При исследовании глубокой чувствительности значительных нарушений выявлено не было.

При исследовании представлений о собственной схеме тела были допущены следующие ошибки: ребенок затруднялся вербализовать такие части



тела, как «локоть», « колено», что может указывать на недостаточный уровень осведомленности о категориях схемы тела.

При исследовании восприятия схемы тела методикой Фельденкайза общее отклонение от своей реальной схемы тела составило в среднем 10 единиц, что указывает на несформированность представлений о своем теле и сложности при переносе его элементов в пространство.

При исследовании пространственной ориентировки в своей схеме тела были получены следующие результаты: ребенок допускал ошибки по типу «отзеркаливания», но при замечании экспериментатора исправляет их. Проба Хэда характеризовалась также наличием ошибок, связанных с выбором нужной части тела, что также может свидетельствовать о недостаточном уровне осведомленности о категориях схемы тела.

Исследование пространственной ориентировки в чужой схеме тела характеризовалась неточным выполнением во всех 4-х предъявлениях. Ребенок или неверно переносил прикосновения от своей схемы тела на дидактическую игрушку или ошибался в пространственном отображении той или иной части тела.

Таким образом, общие результаты позволяют сделать вывод о недостаточной сформированности уровня осведомленности о категориях схемы тела, недостаточной сформированности восприятия своей и чужой схемы тела, а также задержке развития пространственных ориентаций.

Литература

1. Якубенко О.В. Развитие у младших дошкольников со сниженным зрением ориентировки в схеме тела как фактор успешной социализации/О.В. Якубенко – Омск, Омский государственный педагогический университет, 2017.
2. Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушенным зрением. – С.-Пб.: Образование, 2012.
3. Плаксина Л. И. Теоретические основы коррекционной работы в детских садах для детей с нарушением зрения/Л. И.Плаксина. – М.: Город, 2011.



ИЗМЕНЕНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СЕНСОРНЫХ СТИМУЛАХ

Савостиков В.А.

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

**Научный руководитель: профессор, д. психол.н., зав.кафедрой психологии
здоровья и коррекционной психологии Никишина В.Б.**

Приведены результаты экспериментальных исследований влияния визуально-звукового воздействия на параметры электроэнцефалограммы (ЭЭГ). Показано, что визуально-звуковое воздействие оказывает большее влияние на параметры биоэлектрической активности головного мозга человека по сравнению с раздельным воздействием звуковым и цветовым стимулами.

Ключевые слова: ЭЭГ, аудиовизуальная стимуляция, биоэлектрическая активность головного мозга

CHANGES OF BIOELECTRIC ACTIVITY OF THE BRAIN WITH DIFFERENT SENSORY INCENTIVES

Savostikov V.A.

The results of experimental studies of the effect of visual-sound effects on the parameters of the electroencephalogram (EEG) are presented. It is shown that the visual-sound effect exerts a greater influence on the parameters of the bioelectric activity of the human brain in comparison with the separate effect of sound and color stimuli.

Key words: EEG, audiovisual stimulation, bioelectrical activity of the brain.

Звук и музыка использовались в течении столетий во многих культурах для достижения направленного изменения состояния сознания. Истоки аудиовизуальной стимуляции уходят в глубокую древность, ещё Пифагор проводил лечение больных фотостимуляцией, создаваемой вращением с различной скоростью колеса со спицами, расположенного между огнем и пациентом. Аналогично воздействуют шаманы, ритмично ударяя в бубен и двигаясь возле костра. Барабанный бой, скандирование, многие звуки окружающей среды, такие как ветер, дождь, шум водопада, прибоя, вызывает



эмоциональные образы и ассоциации. В настоящее время светозвуковые системы успешно используются для лечения алкогольной и наркотической зависимости. Положительный опыт применения аудиовизуальной стимуляции в качестве как базового, так и вспомогательного метода был получен при терапии кардионеврозов, гипертензивных состояниях, а также для коррекции текущего эмоционального фона специалистов, деятельность которых сопряжена с чрезмерным психо-эмоциональным напряжением и даже витальной угрозой, в частности в подразделениях МВД. Воздействию различных режимов аудиовизуальной стимуляции подвергается в повседневной жизни каждый человек и в настоящее время. В театре, кино, при просмотре телевизионных программ или видеороликов в интернете. В настоящий момент видеоматериалы являются одним из самых распространенных современных коммуникационных ресурсов [3]. Информационная сеть Интернет является ведущим источником, из которого видеоматериалы поступают к потребителю. По данным последнего пресс-релиза Международного союза электросвязи от 22.07.2016, количество пользователей сети Интернет в мире составляет 3,5 миллиарда человек. Социальные сети и видеохостинги стали играть огромную роль в социализации человека и во многом оказывают влияние на формирование ценностей и установок. Однако, следует отметить, что сами технологии амбивалентны относительно направлений психологического развития человека. Психологическое развитие, вызванное и обусловленное применением информационных технологий, может пойти по позитивному, нейтральному или негативному пути, при этом сами по себе компьютеры, браузеры, языки и сеть Интернет не определяют направления развития субъекта и общества в целом. Люди инстинктивно стремятся к аудиовизуальной стимуляции природными факторами, например, сосредотачиваясь на бликах пламени костра, свечи или камина (визуальная стимуляция); звуках, воспроизводимых потрескиванием дров в костре, шуме водопада (аудиостимуляция) [2]. Спектральный состав этих воздействий схож с ритмом мозга, находящегося в спокойном, расслабленном состоянии (так называемое альфа-состояние с доминированием частот в диапазоне от 8 до 12 Гц) [4]. В целях релаксации может быть также использована аудиовизуальная стимуляция, включающая в себя прослушивание записи со звуками природы и одновременное воздействие световой стимуляцией с частотой альфа-тета ритма.

Цель исследования: изучение особенностей динамики α -ритма в зависимости от категории сенсорного воздействия. **Объект исследования:** α -ритм.

Предмет исследования: динамика α -ритма при сенсорном воздействии.

Выборку составили 20 студентов 4-5 курса Курского государственного медицинского университета.



Использовалось функциональное биоуправление биологическая обратная связь. Конфигурация съёма показателей в себя включает электроэнцефалограмму, окципитальное отведение (Oz – A1), электрокардиограмму, фотоплетизмограмму. В качестве основного был выбран показатель ЭЭГ, с помощью которого происходила регистрация α -ритма. Показатели ЭКГ и ФПГ являлись дополнительными и использовались в целях выявления возбуждения симпатической нервной системы, для определения значимости раздражителя. Результаты: исследование проводилось в три этапа. На первом фиксировалось ЭЭГ при интенсивном воздействии на слуховой анализатор. Для этого использовалось устройство для персонального прослушивания звука. В качестве стимульного материала были выбраны две аудиодорожки с различными звуковыми характеристиками. При стимуляции слухового анализатора у мужчин наблюдается большая средняя выраженность альфа-ритма, по сравнению с женщинами (М: 18,7% Ж:15,1%). Пиковые показатели снизились в среднем на 5,8% у мужчин и на 5,9% у женщин. Для гистограмм распределения частот у мужчин характерно унимодальное распределение с отрицательной асимметрией, а для женщин распределение без асимметрии. На втором этапе фиксировалось ЭЭГ при интенсивном воздействии на зрительный анализатор, для чего использовался диаскоп, настроенный на режим интенсивной светоподачи. При зрительной стимуляции наблюдаются снижение альфа-ритма у половины испытуемых мужского и женского пола. У мужчин при зрительной стимуляции наблюдается средний показатель выраженности альфа-ритма 24,35%, у женщин 15,9%. Третий этап представляет собой исследование динамики альфа-ритма в ситуации предъявления видеозаписей с различной цветовой интенсивностью и детализацией. У женщин при просмотре видеозаписей регистрируется однородное распределение альфа-ритма без выраженной асимметрии. У большинства испытуемых вне зависимости от пола наблюдалось снижение альфа-ритма, что является маркером произвольного внимания. При просмотре нейтрального видеоматериала средний показатель выраженности альфа-ритма у мужчин 12,25%, у женщин 15,95%. При просмотре видеофрагмента №1 с умеренной визуальной и аудиальной стимуляцией у мужчин средняя выраженность альфа-ритма 18,9%, у женщин 17,35%. При просмотре видеофрагмента №2 с интенсивной визуальной стимуляцией у мужчин средняя выраженность альфа-ритма 11,4%, у женщин 18,4%. **Выводы:** В ходе проведенного исследования были обнаружены следующие особенности: Угнетение альфа-ритма в ситуации зрительной и слуховой стимуляции. При просмотре видеофрагментов наблюдалась выраженность альфа-ритма, соответствующая состоянию произвольного внимания. Визуально-звуковое воздействие оказывает большее влияние на параметры биоэлектрической



активности головного мозга человека по сравнению с отдельным воздействием звуковым и цветовым стимулами.

Литература

1. Базанова О.М. Современная интерпретация альфа-активности электроэнцефалограммы /О.М. Базанова // Международный неврологический журнал. – 2011. – № 8. С. 96 – 104.
2. Водолажский Г.И. Изменения амплитуды ритмов ЭЭГ в онтогенезе человека. Нейродинамический анализ /Г.И. Водолажский // Вестник Московского Государственного областного университета. Серия: естественные науки. – 2009. – №4. С. 84-91.
3. Золотухина Ю.В. Методики и процедуры экспертно-психологической оценки видеоматериалов, размещаемых в публичных и социальных сетях /Ю.В. Золотухина, Е.Н. Суббота, В.А.Савостиков, С.С. Барков // Коллекция гуманитарных исследований. – 2017. – №1.
4. Поликанова И.С. Влияние длительной когнитивной нагрузки на параметры ЭЭГ/И.С. Поликанова, А.В. Сергеев // Национальный психологический журнал. – 2014. – №1. –С. 84 – 92.

ОСОБЕННОСТИ АЛЬФА-РИТМА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АМБИДЕКСТРИИ У ЛЕВОРУКИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Савостикова Е.Н.

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

**Научный руководитель: профессор, д. психол.н., зав.кафедрой психологии
здоровья и коррекционной психологии Никишина В.Б.**

В данной статье описывается динамика показателей амплитуды альфа-ритма у леворуких детей младшего школьного возраста до и после освоения программы развития амбидекстрии. Полученные результаты свидетельствуют о формировании устойчивой нейронной связи «мозг-рука» для правой руки.

Ключевые слова: амбидекстрия, альфа ритм, межполушарное взаимодействие.



FEATURES ALPHA RHYTHM DURING THE FORMATION OF AMBIDEXTERITY HAVE LEFT-HANDERS CHILDREN OF THE YOUNG SCHOOL AGE

Savostokova E.N.

This article describes the dynamics amplitude of alpha-rhythm indices in children of 6-7 age before and after mastering the development program for ambidexterity. The results testify to the formation of a stable neural link "brain-arm" for the right hand.

Key words: ambidexterity, alpha rhythm, interhemispheric interaction.

Морфо-функциональная асимметрия мозга характеризуется как качественное различие «вклада» правого и левого полушария мозга в каждую психическую функцию. Морфо-функциональную асимметрию принято подразделять на сенсорную и моторную. Сенсорная асимметрия представляет собой совокупность признаков неравенства органов чувств, включает в себя асимметрию зрительного и слухового анализатора. Моторная асимметрия характеризуется как совокупность признаков неравенства функций рук (мануальная асимметрия), ног, половин туловища, лица, в формировании общего двигательного поведения его выразительности [6]. Согласно классификации Доброхотовой, профили латеральной организации мозга создаются на основе оценки межполушарной асимметрии в моторной сфере: мануальная, ножная асимметрия; и сенсорной сфере: зрительная, слуховая асимметрия. Классификация типов межполушарной асимметрии включает 5 основных типов ПЛО: «чистые» правши, праворукие, амбидекстры, леворукие и «чистые» левши. У «чистых» типов ведущими являются либо левые, либо правые анализаторные системы. В случае, если ведущие системы различны, то тип характеризуется как смешанный [1]. Амбидекстрия характеризуется как врожденное или выработанное в тренировке равное развитие функций обеих рук, без выделения ведущей руки, и способность человека выполнять двигательные навыки правой и левой рукой с одинаковой скоростью и эффективностью. Согласно статистическим данным число левшей составляет около 10 –12 %, оставаясь стабильным с возрастом. Вклад в понимание филогенетического развития морфо-функциональных особенностей головного мозга внесли археологические данные. Согласно исследованиям Toth N. and Schick K., около 3,5 миллионов лет назад в человеческой популяции возникла тенденция к появлению межполушарной асимметрии. Данные изменения коррелируют с развитием материальной культуры, появлением первых орудий труда [8]. Неврологические и когнитивные изменения в процессе эволюции



происходили поэтапно, сопровождалась сдвигом когнитивного акцента от правого полушария к левому [4]. Следовательно, морфо-функциональная асимметрия характеризуется сложным строением, поэтапным развитием, и обусловленностью культурными факторами. В онтогенезе, формирование мануальной асимметрии наблюдается уже в 7–10 месяцев. У новорожденных предпочтение руки коррелирует с направлением тонических шейных рефлексов. Устойчивая правосторонняя мануальная асимметрия устанавливается в разных популяциях к 7–8 годам [9]. По мнению ряда авторов, предпочтение руки в 3–4 года является неустойчивым [3]. Процентное количество амбидекстеров в детской популяции, согласно данным R. Oeser, в выборке детей от 7 до 12 лет составляло 13,2 %. Таким образом, левшество в детских популяциях является достаточно стабильным признаком и статистически приближается к распределению во взрослых популяциях, в то же время количество правшей нестабильно и имеет тенденцию к накоплению в популяции в онтогенезе. Данное распределение вероятно, отражает постоянное возрастание специализации левого полушария в процессе когнитивного развития. Латерализация функций происходит в онтогенезе и характеризуется нелинейностью, чередующимся доминированием правого и левого полушарий, постепенным переходом от дублирования функций к их специализации. Морфологической основой межполушарного взаимодействия являются комиссуры мозга, в частности, мозолистое тело. За счет развития межполушарного взаимодействия происходит синхронизация навыков левой и правой руки, что обеспечивает высокую точность и темп выполнения заданий. Таким образом, младший школьный возраст является наиболее благоприятным для формирования амбидекстрии с точки зрения морфологических особенностей данного возраста.

Цель работы: исследование показателей амплитуды альфа-ритма у детей младшего школьного возраста до и после освоения программы развития амбидекстрии.

Объект исследования: альфа-ритм.

Предмет исследования: показатели амплитуды альфа головного мозга младших школьников. Используемые методики: «тест на скорость», «тест на реакцию», для определения индивидуального латерального профиля школьников использовался метод «Исследование индивидуального латерального профиля» студии «ВиЭль».

В качестве показателей были выбраны: точность (количество совершаемых ошибок), темп (время необходимое ребенку для выполнения задания). Происходила регистрация показателей альфа-ритма во время выполнения проб правой и левой рукой. Выбранная конфигурация съема показателей альфа-ритма производилась с использованием Функционального



Биоуправления Биологической Обратной Связи (ФБУ БОС) и включала в себя электроэнцефалограмму (ЭЭГ), окципитальное отведение (Oz - A1).

Исследование проводилось в три этапа: диагностический этап, в котором регистрировались исходные показатели точности и темпа выполнения заданий, а также показатели альфа-ритма при работе правой и левой рукой. Второй этап включал проведение программы формирования амбидекстрии с выполнением заданий на письмо (правой и левой рукой), счет, копирование простых фигур (правой и левой рукой), рисование (правой и левой рукой), пробы на чтение и регистрацию показателей точности, темпа и альфа-ритма. Третий этап включал в себя диагностику после освоения программы курса с повторной регистрацией показателей точности, темпа, альфа-ритма и их сравнение с результатами первого этапа.

Характеристика выборки: 10 детей младшего школьного возраста (6-7 лет) с левым профилем мануальной асимметрии, выборка уравнена по полу.

На диагностическом этапе объективными показателями сформированности навыков владения правой рукой выступили «тест на скорость» и «тест на реакцию». В процессе работы фиксировался их альфа-ритм (табл. 1).

Таблица 1

Средние значения основных показателей до формирования амбидекстрии

Показатели	Хср альфа-ритма	Σ кликов в минуту	Среднее время реакции, мс	Количество верных попаданий
Левая рука	17,8%	112	462	25 (из 26 возможных)
Правая рука	10,1%	97	748	20 (из 26 возможных)

На втором этапе с детьми проводилась программа развивающего обучения по формированию амбидекстрии. Длительность программы – 10 занятий, каждый ребёнок проходил её индивидуально. В процессе обучения фиксировались показатели альфа-ритма, отмечалось качество выполнения заданий левой и правой рукой по критериям темп и точность. По завершению программы развивающего обучения была проведена повторная диагностика всех показателей (табл. 2).

Таблица 2

Средние значения основных показателей после формирования амбидекстрии

Показатели	Хср альфа-ритма	Σ кликов в минуту	Среднее время реакции, мс	Количество верных попаданий
Левая рука	15,7%	129	431	26 (из 26 возможных)
Правая рука	13,7%	119	508	26 (из 26 возможных)



Показателями сформированности амбидекстрии в результате завершения программы развивающего обучения являются результаты «теста на скорость» (кривая истощаемости) и «теста на реакцию» (среднее время реакции).

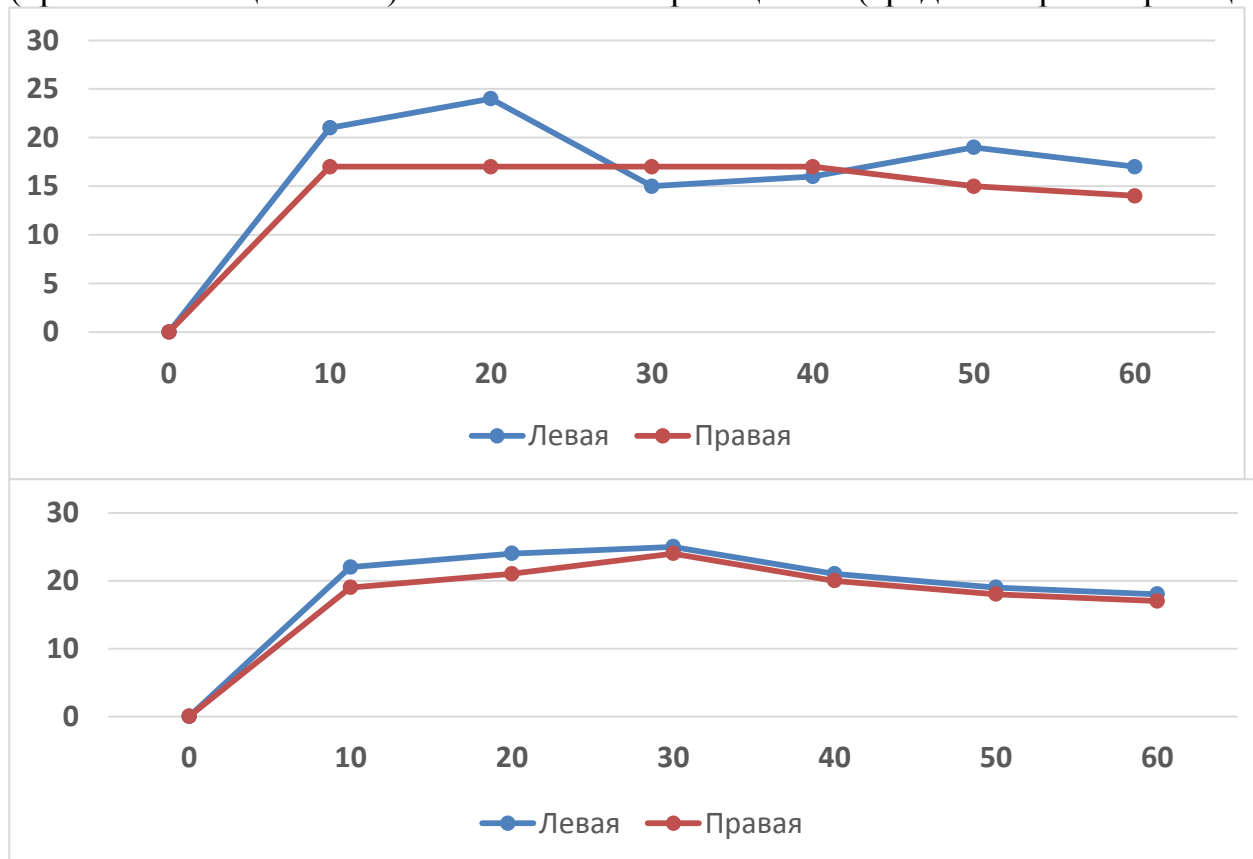


Рис. 1. График истощаемости левой и правой руки в «тесте на скорость»

А – результаты до прохождения программы развивающего обучения.

Б – результаты после прохождения программы развивающего обучения.

По завершению программы развивающего обучения по формированию амбидекстрии у детей младшего школьного возраста отмечается повышение темпа выполнения теста. Количество кликов в одну минуту повысилось с 112 до 129 для левой руки и с 97 до 119 для правой руки. Данный показатель свидетельствует о формировании навыка владения правой рукой в следствии укрепления мышечной группы, ответственной за мелкую моторику. Также, по завершению программы у детей отмечается снижение времени реакции на стимул с 462мс. до 431мс. для левой руки и с 748мс. до 508мс. для правой руки. Данный показатель свидетельствует о формировании устойчивой нейронной связи «мозг-рука» для правой руки (рис. 2).

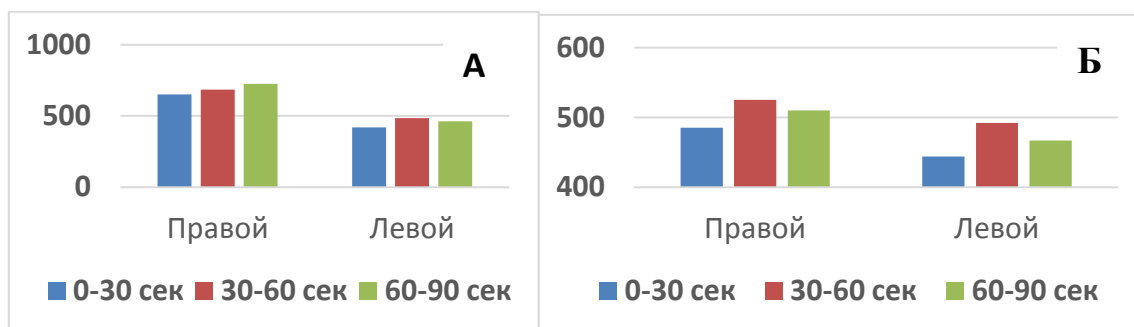


Рис. 2. Диаграмма среднего времени реагирования на стимул в «тесте на реакцию».

А – результаты до прохождения программы развивающего обучения.

Б – результаты после прохождения программы развивающего обучения.

В процессе обработки данных выявлены статистически значимые различия между показателями альфа-ритма у детей младшего школьного возраста до прохождения программы по формированию амбидекстрии и после.

Таблица 3

Статистический анализ показателей альфа-ритма до и после формирования амбидекстрии

Показатели	p-level	Среднее		СКО	
		До	После	До	После
Левая рука	0,02	17,8%	15,7%	2,9	3,4
Правая рука	0,001	10,1%	13,7%	2,3	2,5

Таким образом, по завершению программы развивающего обучения по формированию амбидекстрии у детей младшего школьного возраста отмечается снижение средних значений альфа-ритма при выполнении навыков правой рукой. Мы можем сделать вывод, что по завершению программы развивающего обучения у младших школьников успешно сформированы навыки владения правой рукой.

Литература

1. Белашева Х.В. К вопросу о направлениях в исследовании межполушарных асимметрий и межполушарного взаимодействия в психологии / Х.В. Белашева // История российской психологии в лицах. – 2016. – №6. – С. 88-96.
2. Бойко Е.А. Психическое развитие и школьная успеваемость детей с разными типами функциональной асимметрии в возрасте от 8 до 14 лет / Е.А. Бойко // Наука и школа. – 2012. – №2. – С. 127-131.
3. Еремеева В.Д. Мальчики и девочки. Два разных мира / В.Д. Еремеева,



Т.П. Хризман. – СПб., 2001. – 184 с.

4. Поляков В.М. Функциональная асимметрия в онтогенезе (Обзор литературы отечественных и зарубежных авторов)/В.М. Поляков, Л.И. Колесникова // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2005. – № 5. – С. 206-216.

5. Постоева В.А., Пахомов В.П. Современные нейропсихологические представления о теории левшества /В.А. Постоева, В.П. Пахомов // Вестник ТГПУ. – 2010. – №2. – С 113-117.

6. Силина Е.А. Межполушарная асимметрия и индивидуальные различия /Е.А. Силина, Т.В. Евтух. – Пермь, 2005. – 132 с.

7. Тункун Я.А. Основы нейропедагогики: история, теория и практика/Я.А. Тункун // Педагогика и психология, теория и методика обучения. – 2008. – № 2. – С. 203-208.

8. Nicholas Toth and Kathy Schick // Hominin Brain Reorganization, Technological Change, and Cognitive Complexity.

9. Polyakov V.M. Neuropsychological screening of child populations / V.M. Polyakov // A.R. Luria and contemporary psychology: festschrift celebrating the centennial of the birth of Luria. – NY: Nova Sc. Pub., 2005. – P. 93–104.

10. Yeo R. Developmental origins of variation in human hand preference / R. Yeo, S. Gangestad // Genetica. – 1993. – Vol. 89. – P. 281.

ИЗУЧЕНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ЛИЦ С РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сайфуллина Н.А.

Научный руководитель: к. психол. н., Ахметзянова А.И.

Исследование выполнено при поддержке РФФИ и Правительства Республики Татарстан
в рамках научно-исследовательского проекта № 17-16-16004

«Прогностическая компетентность младших школьников с ограниченными возможностями
здоровья в превенции девиаций»

Прогнозирование речи отражает некоторый фрагмент предшествующего опыта в единстве его перцептивных, когнитивных и аффективных характеристик, ракурс переживания этого опыта и отношение к нему. У лиц с речевой патологией данный компонент имеет отличительные черты, которые на



сегодняшний день не изучены комплексно. В статье представлены результаты исследования уровня коммуникативной компетентности прогностической деятельности при нарушении речи у детей младшего школьного возраста.

Ключевые слова: коммуникация, речевая патология, прогнозирование, антиципация, прогностическая компетентность.

THE STUDY OF THE COMMUNICATIVE CHARACTERISTICS OF PROGNOSTIC COMPETENCE OF PERSONS WITH SPEECH PATHOLOGY

Sayfullina N.A.

Prediction of speech reflects some fragment of previous experience in the unity of its perceptual, cognitive and affective characteristics, the perspective of the experience this experience and attitude. Persons with speech pathology this component has distinctive features, which to date have not been studied comprehensively. The article presents the results of research of level of communicative competence predictive activities in violation of speech in children of primary school age.

Key words: communication, speech pathology, prediction, anticipation, predictive competence

Одной из важнейших высших психических функций, играющих приоритетную роль в психическом развитии, является речевая функция. Именно формирование и овладение навыками коммуникации создает фундамент для специфических социальных контактов ребенка. Глобальный характер данной проблемы обусловлен показателями данных статистики. В последние годы отмечается неуклонный рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в том числе, страдающих тяжелыми нарушениями речи. По состоянию на 1 января 2015 года, в Российской Федерации, число детей с ОВЗ составило 590,4 тыс., что в динамике характеризует увеличение числа данной категории за трехлетний период (в 2013 году - 582,2, в 2012 году - 571,5). [1] Число специальных образовательных учреждений для детей с тяжелой речевой патологией - 65, в них 10 964 обучающихся. Актуальность разработки всесторонней психологической помощи лицам, страдающим тяжелой речевой патологией, обусловила необходимость углубленного психологического изучения данной категории.

В настоящее время внимание психологов направлено на новое актуальное направление, а именно – изучение особенностей прогностической компетентности лиц с речевой патологией. Прогнозирование речи отражает



некоторый фрагмент предшествующего опыта в единстве его перцептивных, когнитивных и аффективных характеристик, ракурс переживания этого опыта и отношение к нему. У лиц с речевой патологией данный компонент имеет отличительные черты, которые на сегодняшний день не изучены комплексно. Во многих исследованиях доказано, что выбор стратегии речевого поведения взаимосвязан с частотно-вероятностной организацией словаря в памяти носителя языка, частота встречаемости определенных слов, речевых штампов, клише, высокочастотных словосочетаний детерминирован частотой встречаемости в опыте индивида [1].

Цель исследования – изучение уровня коммуникативной компетентности прогностической деятельности при нарушении речи у детей младшего школьного возраста.

Всего в исследовании приняли участие 16 респондентов младшего школьного возраста с тяжелыми нарушениями речи, воспитанники школы-интерната для детей с ОВЗ. Выборку 1 составили 5 учеников 2 класса, Выборку 2 - 4 ученика 3 класса и Выборку 3 - 7 учеников 4 класса. Была применена методика обследования коммуникативного компонента в структуре прогностической компетенции (Е.Л.Черкасова).

При исследовании коммуникативной компетентности прогностической деятельности у 100% респондентов был выявлен низкий уровень, характеризующийся посредственным выполнением предъявленных заданий. Согласно предложенной автором балльной шкале, низкому уровню соответствовал показатель в 1 балл. Респонденты слабо ориентировались в коммуникативной ситуации, 86% респондентов оказались неспособны спрогнозировать дальнейшую коммуникацию. Более низкие показатели были обнаружены в аспекте нахождения адекватную теме общения коммуникативной структуры, 94% респондентов не могли реализовать коммуникативный замысел. Респонденты затруднялись в использовании речевых средства в соответствии с задачей коммуникации для выражения своих чувств и мыслей.

Стоит подчеркнуть, что наибольшие трудности были отмечены в планировании и регуляция своей коммуникативной деятельности.

Особое внимание стоит уделить анализу уровня коммуникативной компетентности прогностической деятельности в соответствии с возрастными характеристиками. Как видно из рис. 1, отсутствует положительная динамика в развитии изучаемых нами факторов (рис.1).

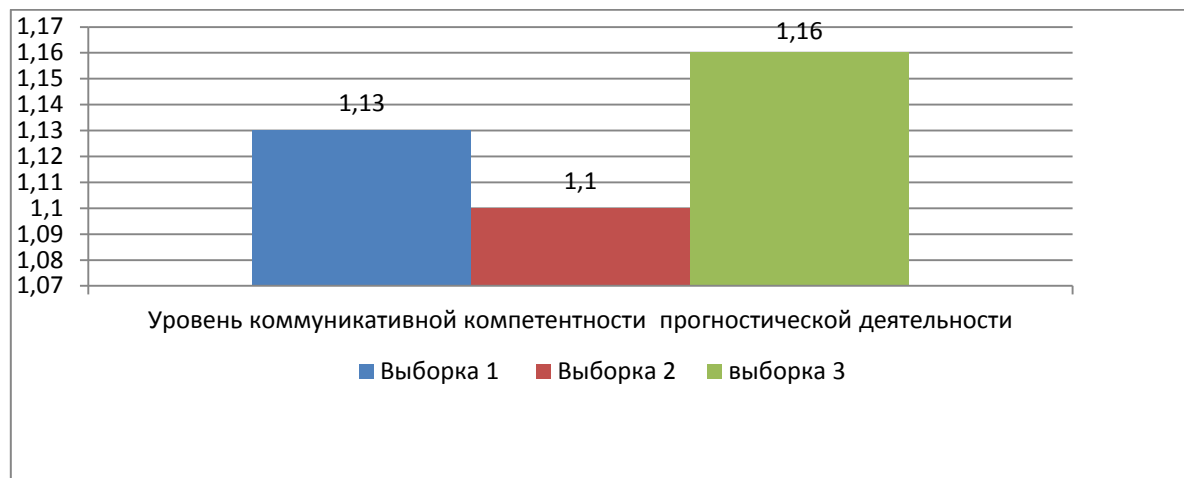


Рис.1. Уровень коммуникативной компетентности прогностической деятельности лиц с речевой патологией

Наглядно показано, что способности прогностической деятельности у респондентов не подвергаются целенаправленному развитию, что напрямую влияет на низкий уровень коммуникативной компетентности в целом и дальнейшую социализацию данной категории детей.

Выводы. Выявленные низкие показатели уровня коммуникативной компетенции прогностической деятельности свидетельствуют о необходимой целенаправленной коррекционно-развивающей работе у детей с тяжелой речевой патологией. Трудности формирования коммуникативных компетенций определяют особые образовательные потребности учащихся с тяжелыми нарушениями речи, которые заключаются в специальных методах формирования эффективной речевой коммуникации, подборе адекватных способов достижения образовательных целей. Все это позволит не только добиться высокого уровня прогностической компетенции в коммуникации, но и сможет оптимизировать пути успешной социализации детей, путем более эффективной коррекционной работы с учетом полученных результатов.

Литература

1. Ахметзянова А.И. Сравнительный анализ показателей антиципационной состоятельности у детей с общим недоразвитием речи и с нормативным речевым развитием / А.И.Ахметзянова //Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. - 2013.- Т. XLV. - С.49-53.
2. Ахметзянова А.И. Формирование жизненной компетенции у детей с сочетанными нарушениями в условиях Лекотеки / А. И. Ахметзянова // Теория и практика общественного развития. – 2013. – № 4. – С. 76–79.



3. Доклад Министерства труда и социальной защиты РФ от 15 декабря 2015 г. "Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации в 2014 году"
URL: <http://msh.rk.gov.ru/rus/file/gosudarstvennyj-doklad-o-polozhenii-detej-i-semej-imeyushhikh-detej-v-rossijskoj-federacii-za-2015-god.pdf> (Дата обращения 20.02.2017)
4. Ломов Б.Ф. Проблемы общения в психологии./ Б.Ф.Ломов. М.: Владос, 2001. - 245 с.
5. Солобутина М. М., Фролова А. В. Изучение влияния антиципационных способностей на речевое прогнозирование // Вестник ТГГПУ. 2007. №8 С.132-136.
6. ФГОС:Выявление особых образовательных потребностей у школьников с ограниченными возможностями здоровья на уровне основного общего образования / Под ред. Е.Л. Черкасовой, Е.Н. Моргачёвой.– М.: Национальный книжный центр, 2016. – 144 с.

РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ ПРИАЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ

Свинторжицкая З.В.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия
Научный руководитель: профессор, д.м.н., зав.кафедрой психиатрии и
психосоматики Погосов А.В.**

Исследование посвящено изучению личностных особенностей у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Выявление данных особенностей проводилось с помощью методик исследования самооценки и опросника, направленного на изучение личностных особенностей через критерии межличностных отношений в которых проявляются социально-психологические качества личности.

Ключевые слова: алкоголизм, синдром алкогольной зависимости, личностные качества, самооценка.

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF MEN WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Svintorgitskaya Z.V.



Research is devoted to the study of personality characteristics of men suffering from alcohol addiction. Identification of these features was carried out with the help of self-assessment techniques and a questionnaire aimed at studying personality characteristics through the criteria of interpersonal relations in which the socio-psychological qualities of a person manifest themselves.

Key words: alcoholism, alcohol dependence syndrome, personal qualities, self-esteem.

Злоупотребление алкоголем и алкоголизм относятся к наиболее распространенным формам аддиктивных расстройств, приводящих к возникновению психических и соматоневрологических изменений. Исследование личностных особенностей больных алкоголизмом является важным компонентом осознания заболевания, улучшения социальной адаптации, включения больных в программы лечения и реабилитации, трудовой и профессиональной деятельности [4,5, 7,8].

Зависимость личности от психоактивных веществ не может не влиять на ее ценностные ориентации, мотивационную структуру, систему взаимоотношений с окружающими, позицию, статус в больших и малых социальных группах и другие социально-психологические характеристики, определяющие образ жизни данной личности в обществе [2]. Личность страдающего алкоголизмом – незрелая, с недостаточной социальной адаптацией и затруднениями в образовании межличностных связей, характеризуется инфантилизмом и высоким уровнем фрустрации. Наличие таких черт личности объясняют как наследственностью, так и результатами дефектов в воспитании, психогенным микросоциальным климатом. В целях компенсации подобные личности нередко прибегают к употреблению психоактивных средств [1,6,8].

Актуальность исследования заключается в том, что алкогольная зависимость в настоящее время занимает центральное место в структуре наркологических заболеваний и признается одной из актуальных проблем здравоохранения и общества. Ее медико-социальная значимость связана с высоким уровнем распространенности заболевания, сопряженными криминогенными факторами, негативными последствиями заболевания для здоровья и социального статуса больных и их ближайшего окружения [3,5]. Явление анозогнозии в наркологической практике является препятствием для оказания своевременной медико-психологической помощи лицам с алкогольной зависимостью. Особенности характера и его изменения вследствие алкоголизации являются важной составляющей для осознания болезни и формирования установок на противоалкогольное лечение.



Целью исследования явилось изучение личностных особенностей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. Были использованы экспериментально-психологические методики: исследование самооценки по методу Дембо-Рубинштейн, а также опросник Кеттелла, направленный на изучение личностных особенностей. Всего в исследовании приняли участие 20 мужчин в возрасте от 28-ти до 60-ти лет, страдающих алкоголизмом (2 стадии, проходящих стационарное лечение в ОБУЗ «ОНБ» г. Курска. На подготовительном этапе обследования, во время беседы были выявлены следующие личностные и поведенческие особенности: 1) эгоцентризм (на просьбу выполнить методику был получен ответ «что я от этого получу», «зачем мне вообще это нужно»), 2) импульсивность, 3) склонность к употреблению ненормативной лексики, 4) отказ от выполнения методик (больные чаще всего ссылались на усталость, «затуманенную голову», вследствие приема лекарств), 5) паранойяльность – подозрительность (вопросы о том, как может результат методик отразиться на состоянии, на положении пациента). Важно отметить, что на 2 стадии алкоголизма происходит формирование «алкогольного характера» (психопатоподобный синдром) [3]. У 35% обследуемых (7 человек), отмечено активное отношение к исследованию (больные с интересом включаются в эксперимент, адекватно реагируют как на успех, так и на неудачи, интересуются результатами исследования), в поведении прослеживаются элементы демонстративности и театральности, остальные 65% мужчин (13 человек) формально относились к исследованию, с отсутствием интереса, отказными реакциями на предложение выполнения методик, грубостью, апатией к процессу исследования. В результате было выявлено, что изменения личности больных чаще выражаются в огрублении эмоциональной жизни, сужении сферы интересов, преобладании инстинктов, утрате волевой саморегуляции; поведение становится крайне грубым, импульсивным и при этом сочетается с настойчивым утверждением собственной невиновности. Личностные изменения могут быть различной глубины, вплоть до ее полного распада, они являются неблагоприятными социальными последствиями как для самой личности, так и для её окружения. Изучение самооценки проводилось по шкалам: здоровье, успех в жизни, счастье, ум, характер. В результате средний показатель самооценки во всей группе нормативно–высокий. Неадекватно высоко пациенты оценивают свой характер (средние показатели $76,0 \pm 4,9$). Немного ниже показатели по шкале ума (средние показатели $74,0 \pm 16,5$), что соответствует высокой норме. Даже в тех случаях, когда больные оценивают свои умственные способности средними значениями шкалы или чуть выше среднего, как и при оценке своего характера, они очень редко связывают свою оценку с основным заболеванием. Уход больных из ситуации затруднения, предпочтение действовать в рамках одного



способа свидетельствуют о наличии особой личностной установки на самоограничение. Наличие установки на самоограничение позволяет говорить о нарушении самопознания у больных алкоголизмом, о стремлении сохранить позитивную оценку себя – как перед собой, так и перед окружающими, используя для этой цели различные защитные механизмы и избегая ситуации внешнего обвинения. Также вписывается в пределы высокой нормативной самооценки показатели по шкалам успех в жизни (среднее значение $71,2 \pm 21,9$) и по шкале здоровья (среднее значение $64,0 \pm 20,4$). При этом самый низкий балл отмечается по уровню счастья ($49,5 \pm 19,4$), что соответствует среднему уровню самооценки. Результаты теста Кеттелла подтверждают высокий уровень самооценки (среднее значение 8,6) у 12 человек (60%). Также высокие показатели были получены по шкалам общительности (15 человек – 75% среднее значение 10,5), смелости (10 человек – 50%, средний показатель – 11,0), чувствительности (16 человек – 80%, среднее значение – 8,0), подозрительности (13 человек – 65%, среднее значение – 11,0), дипломатичности (17 человек – 85%, среднее значение – 10,5), напряженность (19 человек – 95%, среднее значение – 10,4). По шкале интеллекта установлены низкие показатели (20 человек – 100%, среднее значение – 3,4). Также можно говорить о свойственном пациентам консерватизме (12 человек – 60%, среднее значение – 3,5), практичности (16 человек – 80%, средний показатель – 3,2), подчиняемости (13 человек – 65%, средний показатель – 1,6).

Использование полученных данных в отношении особенностей характера, препятствующих адекватной оценке своего состояния, осознания и правильного понимания болезни) важно не только в диагностических, терапевтических целях, но и в реабилитационном процессе (высоких показателей по общительности, практичности, подчиняемости). Результаты исследования необходимо учесть при составлении психообразовательной программы и психокоррекционных мероприятий для больных с алкогольной зависимостью с целью преодоления явлений анозогнозии, формирования установок на противоалкогольное лечение, достижения устойчивой ремиссии заболевания.

Литература

1. Погосов А.В. Клинико-психологические особенности алкогольного делирия у больных, проживающих в экологически неблагоприятном регионе / Погосов А.В., Лесников О.И., Феоктистова Е.В., Богушевская Ю.В. // Наркология. – 2014. – Т. 13., № 10 (154). – С. 42-47.
2. Погосов А.В. Алкогольные психозы (клиника, патоморфоз, терапия) / Погосов А.В., Куржупов К.А. Погосов А.В., Куржупов К.А. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. – 228 с.



3. Погосов А.В. Осознание болезни при наркологических заболеваниях // Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. – С.608-615.

4. Погосова (Пастух) И.А. Клинические особенности панических расстройств при их сочетании с коморбидной психической и наркологической патологией / И.А. Погосова (Пастух) // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. Т. XLVI. вып.3 – 2012. – С.42-47.

5. Погосов А.В. Коморбидная взаимосвязь панического расстройства и алкогольной зависимости (клинико-психопатологические и психологические аспекты) / А.В. Погосов, И.А. Погосова // Наркология. – 2016. – № 7 (175). – С.60-67.

ОСОБЕННОСТИ СЛУХОРЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОЗОМ «ЗАКРЫТАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА». КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Сивик О.А.

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

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Запесоцкая И.В.**

В статье анализируются результаты нейропсихологического обследования слухоречевой памяти и речевых функций детей младшего школьного возраста с диагнозом «закрытая черепно-мозговая травма» (сотрясение головного мозга, ушиб мягких тканей головы), перенесших травматизацию в 2017 году. Выявлена зависимость времени травматизации и компенсаторных возможностей мозга детей.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, нейропсихологический анализ, компенсаторные возможности, сотрясение головного мозга, дети младшего школьного возраста.

THE FEATURES OF AUDITORY-SPEECH FUNCTIONS AT THE CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL AGE WITH A DIAGNOSIS «CLOSED CRANIO-CEREBRAL INJURY». CLINICAL CASE

Sivik O.A.



In this article was analyzes the results of a neuropsychological investigation of auditory-verbal memory and speech functions at the children of primary school age with a diagnosis of «closed craniocerebral injury» (brain concussion, head tissue soft injuries) that suffered traumatization in 2017. The dependence between the time of traumatization and the compensatory possibilities at the children's brain was bring out.

Key words: craniocerebral injury, neuropsychological analysis, compensatory possibilities, concussion of the brain, children of primary school age.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – это комплекс контактных повреждений (мягких тканей лица и головы, костей черепа и лицевого скелета) и внутричерепных повреждений (повреждений вещества головного мозга и его оболочек), имеющих единый механизм и время возникновения [1].

Актуальность проблемы исследования детской черепно-мозговой травмы обусловлена значительной распространенностью, высоким процентом инвалидизации и смертности детей. Среди всех травм детского возраста, требующих госпитализации, черепно-мозговым травмам отводится наиболее важное значение. Они составляют до 37,6% всей детской травмы [5].

По данным ВОЗ, отмечен постоянный рост частоты черепно-мозговых травм на 1-2% в год. Даже легкая травма, полученная в детстве, накладывает отпечаток на всю последующую жизнь ребенка. В то же время у детей чаще, чем у взрослых, возможен благоприятный исход после тяжелой ЧМТ вследствие высоких компенсаторных возможностей детского мозга [3].

Выделяют три основные формы черепно-мозговых травм: сотрясение головного мозга – диффузное поражение мозга, при котором отсутствуют макроструктурные изменения; ушиб мозга легкой/средней/тяжелой степеней тяжести – присутствуют макроструктурные изменения, субарахноидальные кровоизлияния, переломы костей свода, основания черепа; сдавливание мозга – приводит к повышению внутричерепного давления, а также к очаговой симптоматике.

Классификация у взрослых существенно отличается от детской, в которой к легкой ЧМТ относится только сотрясение головного мозга, а к ЧМТ средней тяжести – ушиб мозга легкой и средней степени тяжести [6].

По мнению Ю.В. Микадзе, дети разных возрастов по-разному реагируют на черепно-мозговую травму. Различия между ними и взрослыми тем более выражены, чем меньше возраст ребенка [4].

Самыми частыми последствиями черепно-мозговой травмы являются когнитивные нарушения, а именно расстройства памяти и речи. У больных с легкой и среднетяжелой ЧМТ значительно затруднено воспроизведение зрительного и слухоречевого материала при отсутствии достоверного



ухудшения запоминания. Данные нарушения отражают в первую очередь расстройства процессов нейродинамики [2].

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Клинцовская ЦГБ» - Детская поликлиника в г. Клинцы в октябре 2017 года. В нем принимали участие дети с диагнозом закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, ушиб мягких тканей головы. Игорь М. 8,5 лет, дата травмы 11.06.2017 и Валентина Ш. 6,6 лет, дата травмы 04.02.2017.

Методический инструментарий. В начале исследования проводилась клиническая беседа для определения общей ориентировки во времени, пространстве и собственной личности. Также для формирования мотивации активного контакта. Использовались нейропсихологические пробы: «2 группы по 3 слова», «6 слов», «Рассказ», «6 фигур», «Сюжетная картинка «Лето», «Ящик – бочка». Проводилось исследование автоматизированной речи, фонематического слуха, артикуляции и кинетики, номинативных процессов и понимания логико-грамматических конструкций.

Обследование детей происходило в присутствии родителей не более 20 минут. Родители подписывали информированное согласие.

Игорь М. 8,5 лет, профиль латеральной организации – правшество, дата травмы 11.06.2017. По результатам исследования слухоречевой памяти выявилось снижение объема слухоречевого запоминания; снижение скорости запоминания; тормозимость следов; нарушение порядка элементов. В норме у детей в возрасте от 7 до 10 лет не должны возникать данные трудности, так как в этот период происходит увеличение объема кратковременной памяти [4]. Объем зрительной памяти незначительно снижен в сравнении с нормой, наблюдается нарушение порядка фигур. Анализ данных исследования речевых функций показал, что речевое развитие соответствует уровню возрастной нормы. Речь достаточно развернута, логически последовательна.

Валентина Ш. 6,6 лет, профиль латеральной организации – правшество, дата травмы 04.02.2017. Анализ данных исследования слухоречевой памяти показал трудности удержания порядка слов; большое количество необходимых для запоминания повторений; нарушение порядка элементов; снижение объема слухоречевого запоминания; снижение скорости запоминания данного объема слов; тормозимость следов. По результатам проб изучения зрительной памяти выявлено сужение объема памяти; нарушение порядка элементов; привнесение лишних элементов в рисунок. В норме у детей данной возрастной группы увеличивается объем запоминаемого материала, произвольное, преднамеренное запоминание по своей продуктивности начинает приближаться к произвольному запоминанию. Исследование речи не выявило отличий от возрастной группы. У детей данного возраста совершенствуется связная, монологическая речь, увеличивается ее словарный запас.



Анализ полученных результатов осуществляется по времени травматизации, возрастному аспекту, полу и профилю латеральной организации.

Различия результатов проведенного исследования нельзя отнести к половым отличиям. Ответы первого испытуемого не соответствуют возрастной норме. Также нельзя отнести к профилю латеральной организации, так как у двоих детей преобладает правая рука над левой. Различия наблюдаются во времени травматизации, а именно длительности восстановительного периода. Можно сказать, что чем младше ребенок, тем лучше компенсаторные возможности головного мозга [3].

Таким образом, данное исследование подтверждает, что время травматизации влияет на компенсаторные возможности мозга детей. Чем раньше ребенок получил травму, тем быстрее и полнее происходит процесс компенсации с меньшими функциональными нарушениями. Как отмечает Ю.В. Микадзе, наличие успешной компенсации может означать, что состояние психических функций без выраженных отклонений [4].

Литература

1. Дзамихов К.К. Диагностика когнитивных расстройств при черепно-мозговых травмах средней степени тяжести / К.К. Дзамихов, Е.И. Чаблина, А.С. Карпов // Международный студенческий научный вестник. – 2015. - №2. – С. 94.
2. Захаров В.В. Когнитивные нарушения у больных с черепно-мозговой травмой / В.В. Захаров, Е.А. Дроздова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. - №4. – С.88-93.
3. Коломысова Ю.С. Легкие формы черепно-мозговой травмы у детей: диагностика и лечение / Ю.С. Коломысова // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – №4. – С. 70-71.
4. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: учебное пособие / Ю.В. Микадзе. – СПб: Питер, 2008. – 285 с.
5. Миронов И.Б. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы и возможности их коррекции у детей и подростков / И.Б. Миронов, Е.В. Миронова // Практика педиатра. – 2017. - №6. – С.18-24.
6. Чухловина М.Л. Особенности диагностики черепно-мозговой травмы в детском возрасте / М.Л. Чухловина // Педиатр. – 2013. – №4. – С. 56-60.



ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ КАК ДЕТЕРМИНАНТА РЕСУРСНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Сирош Д.С.

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

**Научный руководитель: Молчанова Л.Н., д.психол.н., профессор,
кафедры психологии здоровья и коррекционной психологии**

Статья содержит результаты исследования взаимосвязи отношения к здоровью и ресурсного потенциала студентов медицинского вуза. Установлено, что у них высокие адаптационные возможности, сбалансированы жизненные разочарования и достижения. Студенты чувствительны к витальным проявлениям своего организма, восприимчивы к эстетическим аспектам здоровья и др., что выступает детерминантой их ресурсного потенциала.

Ключевые слова: здоровье, отношение к здоровью, индивидуальные ресурсы, студенты.

ATTITUDE TO HEALTH AS A DETERMINANT OF THE RESOURCE POTENTIAL OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

Sirosh D. S.

The article contains the results of a study of the relationship between attitudes toward health and the resource potential of students at a medical school. It is established that they have high adaptive capabilities, balanced life disappointments and achievements. Students are sensitive to the vital manifestations of their body, are receptive to the aesthetic aspects of health, etc., which is the determinant of their resource potential.

Key words: health, attitude to health, individual resources, students.

Во все времена, во всех культурах и народах главной ценностью и потребностью является физическое и психологическое здоровье, которое обеспечивает свободное осуществление деятельности. Человек ставит цели, достигает их, преодолевает трудности и препятствия, реализует свои жизненные планы – и это невозможно воплотить в жизнь без здоровья. Оно обеспечивает человеку долгую и активную жизнь.



В настоящее время существует актуальная проблема высокого роста заболеваемости, смертности, высокого уровня психического неблагополучия [3, 5]. Система здравоохранения показывает, что современная медицина не может в полной мере влиять на сохранение здоровья человека, следовательно, важно найти более эффективные способы и средства его сохранения и развития [1]. В соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения уровень здоровья человека на 50-55% обусловлен образом жизни человека[2].

ВОЗ дает определение понятию «здоровый образ жизни – это поведение и мышление человека, обеспечивающие ему охрану и укрепление здоровья; индивидуальная система привычек, которая обеспечивает человеку необходимый уровень жизнедеятельности для решения задач, связанных с выполнением обязанностей и для решения личных проблем и запросов; система жизни, обеспечивающая достаточный и оптимальный обмен человека со средой, и тем самым позволяющая сохранить здоровье на безопасном уровне»[2].

Профессиональный статус студентов медицинского вуза предполагает наличие высокого уровня физического, психического и духовного здоровья. Данный факт необходим для выполнения будущих должностных обязанностей, для поддержания доверия населения к сотрудникам медицины и здравоохранения. Усиление нагрузок, усложнение социальной жизни, изменения ритма жизни студента приводит к негативным сдвигам в состоянии здоровья, что актуализирует проблему их образа жизни. Для преодоления препятствий к осуществлению и поддержанию здорового образа жизни человеку важно иметь собственные личностные ресурсы[4]. Согласно Н.Е. Вдопьяновой «Ресурсы – возможности, средства, запасы, источники чего-либо; вспомогательное средство, используемое в особых или исключительных случаях для достижения желаемого результата»[3]. Многие авторы разделяют их на внутренние и внешние. К внутренним ресурсам относят уровень интеллекта, способности, талант, адекватную самооценку, нравственность, нормы морали, ценности, активность психических функций. Внешние – увлечения, материальный доход, хорошие условия проживания, возможность осуществлять режим работы и отдыха, наличие положительных родственных связей, стабильный круг общения с другими людьми [6].

Я.В. Млыхиана рассматривает индивидуальный ресурс как комплекс способностей индивида, реализация которых позволяет человеку сохранять баланс адаптационных – компенсаторных механизмов. Данный комплекс обеспечивает соматическое, психическое, социальное и нравственное благополучие, создает условия для самореализации личности [6].

В этой связи **целью исследования** выступило изучение взаимосвязи отношения к здоровью и ресурсного потенциала студентов медицинского вуза.



В исследовании приняли участие 20 студентов-выпускников факультета экономики и менеджмента Курского государственного университета.

Объектом исследования выступил ресурсный потенциал студентов медицинского вуза, **предметом исследования** – отношение к здоровью как детерминанта ресурсного потенциала у студентов медицинского вуза.

Гипотезой исследования выступило предположение о существовании взаимосвязи между индивидуальными ресурсами студентов медицинского вуза и их отношением к здоровью.

В качестве диагностического инструментария были использованы следующие методики: Опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (Тест ОППР), (Н. Водопьянова, М. Штейн), методика «Индекс отношения к здоровью» (С. Дерябо В. Ясвин).

Оценка индекса ресурсности засвидетельствовала, что студенты устойчивы к стрессогенным обстоятельствам и у них высокие адаптационные возможности, сбалансированы жизненные разочарования и достижения ($X_{\text{ср.}}=1,07\pm 0,71$).

При оценке средних значений показателей отношения к здоровью (табл. 1) было выявлено, что студенты чувствительны к витальным проявлениям своего организма, восприимчивы к эстетическим аспектам здоровья, получают удовольствие от заботы о нем, а также они стремятся сами получать информацию о здоровье, готовы общаться с другими людьми на данную тему.

Таблица 1

Средние значения показателей отношения к здоровью студентов медицинского вуза

Наименование показателя	Кол-во, N	$X_{\text{ср.}}$	Std.Dev.
Эмоциональная шкала	20	9,71	2,78
Познавательная шкала	20	6,88	3,68
Практическая шкала	20	7,65	4,26
Шкала поступков	20	5,95	3,98
Общая шкала	20	30,18	10,24

Для проверки гипотезы о взаимосвязи между отношением к здоровью и индивидуальными ресурсами студентов медицинского вуза нами был использован непараметрический критерий U- Манна-Уитни в оценке значимости различий в выраженности индекса ресурсности ($U=3,5^*$ при $p=0,020$), что указало на детерминирующую роль отношения к здоровью. Таким образом, можно сделать вывод о том, что выдвинутая нами гипотеза подтвердилась.



Литература

1. Завьялов, А.Е. Формирование здорового образа жизни молодежи в современной России: автореф. дис...канд.соц.наук: (22.00.04) / А.Е. Завьялова; МГПУ. – М.,2013. – 129с.
2. Зинова, У.А. Компоненты и критерии оценки сформированности установки на здоровый образ жизни у студентов гуманитарных факультетов университета / У.А. Зинова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №3.
3. Калашникова, С.А. Личностные ресурсы и психологическое здоровье человека: соотношение и содержание понятий / С.А. Калашникова // Гуманитарный вектор. Серия: Педагогика, психология. – 2011. – №2(26) – С. 185-189.
4. Каскаева, Д.С. Пути формирования здорового образа жизни (на примере молодежи) / Д.С. Каскаева, М.М. Петрова, Л.К. Данилова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. –Т16. – №5(2). – С. 883-884.
5. 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.
6. Романычев И.С. Ресурсный подход в социальной работе: к вопросу о социологическом осмыслении / И.С. Романычев // Общество. Среда. Развитие. – 2012. – №2. – С. 82-85.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОТОРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА У ДЕТЕЙ, ДЕПРИВИРОВАННЫХ ПО СЛУХУ

Смазнова Ю.И.

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

**Научный руководитель: д. психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Молчанова Л.Н.**

В статье анализируются результаты нейропсихологических проб моторной асимметрии мозга у детей, депривированных по слуху, младшего



школьного возраста. Гипотеза о том, что в слуховые сенсорные зоны коры не поступает информация от нужных рецепторов, в результате чего и происходит компенсаторное перераспределение корковых функций, имеет свое эмпирическое подтверждение.

Ключевые слова: асимметрия мозга, нейропсихологическое исследование, дети депривированные по слуху, мозг, функциональная асимметрия, моторная асимметрия.

**NEUROPSYCHOLOGICAL STUDY MOTOR ASYMMETRY BRAIN
CHILDREN, DEPRIVED BY HEARING
Smaznova Y.I.**

In the article the results neuropsychological tests motor asymmetry of the brain in children, deprived by hearing primary school age. The hypothesis that that in auditory sensory areas of the cortex no information is received from the desired receptors, as a result of which compensatory redistribution of cortical functions has its empirical confirmation.

Key words: brain asymmetry, neuropsychological study, children deprived by hearing, brain, functional asymmetry, motor asymmetry.

Одним из важных направлений нейрофизиологической адаптации к различным требованиям среды обитания, можно считать развитие и возникновение функциональной асимметрии мозга в процессе филогенеза человека. Функциональная асимметрия мозга заметно увеличила возможности функциональных систем, которые были созданы человеком в процессе развития и выживания в природе и деятельности, в реальных условиях, например, социальных и природных. В итоге создалась ситуация, когда у человека как бы два мозга – левый (левое полушарие) и правый (правое полушарие), которые функционируют в разных алгоритмах, составляя одно целое и обеспечивая разнообразие адаптивных реакций, которые могут определяться мозгом [3].

Как вы знаете, функциональная асимметрия мозга имеет моторные, сенсорные и психические проявления. В процессе онтогенеза важное значение приходится на моторную асимметрию мозга, так как она проявляется раньше, чем сенсорная, и большую роль играет в становлении двигательных функций. В данном исследовании предпринята попытка установить и представить особенности моторной асимметрии мозга у детей с нарушениями слуха.

Было выдвинуто предположение о том, что в слуховые сенсорные зоны коры не поступает информация от соответствующих рецепторов, происходит компенсаторное перераспределение функций корковых центров, оказывающих влияние на формирование функциональной асимметрии мозговых функций.



Мозг функционирует как единая система, из этого следует, что дети, которые депривированны по слуховым функциям, возможно имеют другие соотношения в проявлении моторных и сенсорных асимметрий мозга.

В исследовании функциональной асимметрии мозга приняли участие дети младшего школьного возраста 6-9 лет, которые депривированны по слуху.

В экспериментальную группу вошли 15 девочек, в возрасте от 6 до 9 лет, а в контрольную 15 девочек того же возраста. Для изучения функциональной асимметрии головного мозга были использованы нейропсихологические пробы по Хомской Е.Д., Доброхотовой Т.А. [1, 2].

Моторную асимметрию рук мы определяли следующими пробами: скрещивание рук, аплодирование, переплетение пальцев кистей рук, заведение часов, одновременное действие рук [1, 2].

Моторную асимметрию ног мы определяли следующими пробами: закидывание ноги на ногу, шаг назад, шаг вперед, подпрыгивание на одной ноге, вставание на стул на колени и сходжение с него [1, 2].

В ходе проведенных нейропсихологических проб были получены данные, в соответствии с которыми определили коэффициент моторной асимметрии головного мозга. Был проведен сравнительный анализ коэффициентов асимметрии правой руки и правой ноги детей, депривированных по слуху в контрольной и экспериментальной группе.

Полученные результаты были подвержены статистической обработке и представлены в таблице 1,2. (см. таблицы 1,2).

Таблица 1

Показатели моторной асимметрии рук детей, депривированных по слуху, и контрольной группы

Группа	Распределение показателей моторной асимметрии рук детей депривированных по слуху в %	ϕ^* - критерий
Экспериментальная	26, 67 %	0,12
Контрольная	23, 33 %	0,12

Таблица 2

Показатели моторной асимметрии ног детей, депривированных по слуху, и контрольной группы

Группа	Распределение показателей моторной асимметрии ног детей депривированных по слуху в %	ϕ^* - критерий
Экспериментальная	30 %	0,12



Контрольная	20 %	0,12
-------------	------	------

Таким образом, гипотеза о том, что в слуховые сенсорные зоны коры не поступает информация от рецепторов, в результате чего происходит перераспределение функций корковых центров, подтверждена в результате проведенной статистической обработки, и подтверждена достоверностью результатов.

Литература

1. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека / Н.Н. Брагина. – Медицина: Москва, 1988.
2. Хомская Е.Д., Привалова Н.Н. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия / Е.Д. Хомская. – МГУ: Москва, 1995.
3. Москвин В.А. Межполушарные асимметрии и индивидуальные различия человека / В.А. Москвин, Н.В. Москвина. – Смысл: Москва, 2011.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Соколова К.Р.

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

**Научный руководитель: д. психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Запесоцкая И.В.**

В статье представлен клинический разбор нейропсихологического обследования пациента с синдромом отмены алкоголя.

Ключевые слова: синдром отмены, нейропсихологическая диагностика, алкоголизм.

CLINICAL CASE: A NEUROPSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF PATIENT WITH ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME

Sokolova K.R.



The article provides a clinical review of the neuropsychological patient's examination of alcohol disorder.

Keywords: cancellation syndrome, Neuropsychological Diagnostics, alcoholism.

Ежегодно от пагубного воздействия алкоголя только в России гибнет более 75 000 человек. Алкоголики травятся некачественным суррогатом, замерзают в сугробах, получают сердечные приступы, умирают от заболеваний печени и инсультов. Приступы потери памяти, все чаще случающиеся после каждой пьянки, такие эпизоды сигнализируют о разрушительном влиянии алкогольных напитков на мозг человека. Алкоголь является психоактивным веществом, вызывающим зависимость, которое широко используется во многих культурах на протяжении столетий. Вредное употребление алкоголя приводит к значительному бремени болезней, социальному и экономическому бремени в обществах разных стран. В 2013 году в результате потребления алкоголя произошло около 3,3 миллиона случаев смерти, или 6% всех случаев смерти в мире.

Существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств, других неинфекционных нарушений здоровья, а также травм. В последнее время установлены причинно-следственные связи между вредным употреблением алкоголя и заболеваемостью такими инфекционными болезнями, как туберкулез, а также течением ВИЧ/СПИДа

Алкоголь также провоцирует тромбообразование, который приводит к гибели нейронов, что в следствии проявляется патологическими изменениями головного мозга.

Между мозгом и кровью существует специальный физиологический барьер, который защищает головной мозг от попадания в него бактерий, вирусов и продуктов метаболизма, порой весьма токсичных. Однако проникновение этилового спирта этот барьер, увы, защитить мозг не в состоянии. Будучи прекрасным растворителем, этанол хорошо проникает сквозь мембраны и барьеры и попадает в мозг. Ферментная способность алкогольдегидрогеназы в мозге крайне низка, поэтому расщепление этанола до уксусной кислоты проходит неизмеримо дольше, нежели в печени, а вот способность аккумулировать алкоголь у нервных клеток мозга очень высока. Мозг способен не выводить алкоголь даже спустя месяц после употребления.

Алкоголь в любых дозах через формирование структурных изменений мозга: подавляет интеллект, инициативность, творческие способности - снижает социальную активность подавляет чувство гордости, чести,



ответственности формирует стандартность мышления подавляет человека физически и нравственно.

К сожалению, возникающие в мозге патологические изменения, вызванные частым употреблением алкоголя, в большинстве клинических случаев характеризуются, как необратимые. Дополнительно нарушается деятельность нервной системы с включением в патологические процессы продолговатого и спинного мозга.

Ниже приведен клинический пример больного с абстинентным синдромом при алкогольной зависимости.

Пациент МСМ38F10.3, 38 года, имеет перенесенный психоз (2016). Стаж употребления 8 лет, первая проба была в 17 лет. Проходил нейропсихологическое исследование на базе «Областной наркологической больницы» г. Курска, с целью выявления нарушенных и сохраненных высших психических функций, для возможности дальнейшей направленности коррекционной программы.

Ориентация больного во времени, пространстве и собственной личности сохранена. Признаков фрагментарности мышления не выявлено. Понимает обращенные к нему вопросы разной степени сложности, реагирует на них адекватно. Сонливости нет.

Восприятие. В сфере восприятия у больного отмечаются расстройства: он слышит «голоса, звучащие внутри головы». От дальнейших расспросов на эту тему больной уклоняется. Из истории болезни выяснено, что голоса имеют императивный характер, «приказывают, управляют, говорят гадости». Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больной не предъявляла. Имеется качественное нарушение восприятия в виде императивных вербальных слуховых галлюцинаций.

Внимание. Больной оценивает себя как внимательного человека, считает, что способен читать и работать в любой обстановке. При анализе результатов обнаружена патологическая прикованность внимания: обдумывая очередной ответ, больной отвлекается на собственные переживания. При напоминании задания возвращается к его выполнению, быстро считает и говорит результат. Обнаружены расстройства внимания в виде патологической прикованности. Снижена общая инертность процессов внимания.

Память. При исследовании памяти методикой «10 слов» были получены следующие результаты: 5 – 6 – 7 – 7 и отсроченное (35 мин) 4. Наблюдается снижение памяти .

Мышление. Основной тип мышления у больного – конкретный: больной в разговоре пытается сводить все ответы на вопросы к конкретным предметам, вещам, действиям. Имеется расстройство мышления по темпу: оно замедлено. Речь обеднена, замедлена, ответы на вопросы односложные, после долгой



паузы. Смысл выражения «золотые руки» больной поясняет правильно. Выражение «рубаша-парень» поясняет так: «это человек, родившийся в рубашке». На вопрос о том, что означает пословица «куй железо, пока горячо», ответил: «пока не закончено одно дело, не следует начинать другого». Отмечаются расстройства мышления по темпу (замедление), по форме (соскальзывание в виде «ответов мимо») и по содержанию (высказывание бредовых идей отношения и воздействия, а также формирование паралогичных умозаключений), обнаружены признаки навязчивых сомнений и действий.

Таим образом, имеется качественное нарушение восприятия в виде императивных вербальных слуховых галлюцинаций. Обнаружены расстройства внимания в виде общей инертности процесса. Память снижена. Речь обеднена, замедлена, ответы на вопросы односложные, после долгой паузы.

Литература

1. Арбенина И. Самые опасные напитки в мире / И. Арбенина // Пока не поздно! – 2013. – № 12 (21-30 апреля). – С. 3.
2. Вредоносный напиток // НаркоНет. – 2014. – № 6 (Июнь). – С. 9-10.
3. Зарецкий В. В. Профилактика - основа образования: [беседа / записала Л. Тархова] / В. В. Зарецкий // НаркоНет. – 2014. – № 2 (февраль). – С. 32-34.
4. Павлова В. Алкоголизм и наркомания с точки зрения психиатрии / В. Павлова // Пока не поздно! – 2013. – № 3 (21-31 января). – С. 4..

ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ ПРИ НАРУШЕНИИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Суркова А.А.

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

**Научный руководитель: д.психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Запесоцкая И.В.**

В статье представлены результаты исследования межполушарного взаимодействия и субъективной оценки длительности времени в младшем школьном возрасте детей с нарушением гнозиса и здорового ребенка. Доказано,



что на субъективный анализ времени влияет возраст детей, мозговая латерализация и психические функции.

Ключевые слова: восприятие времени, леворукость, когнитивные функции, ВПФ, младший школьный возраст.

PECULIARITIES OF SUBJECTIVE PERCEPTION OF TIME WITH VIOLATION OF COGNITIVE PROCESSES IN YOUNG SCHOOL AGE
Surkova A.A.

Results of the study of interhemispheric interaction and subjective evaluation of the length of time in primary school age for children with impaired gnosis and a healthy child are presented in the article. It is proved that the age of children, brain lateralization and mental functions influence the subjective analysis of time.

Key words: perception of time, left-handedness, cognitive functions, higher mental functions, younger school age.

Восприятие времени – это субъективное отражение длительности, скорости протекания и последовательности реальных явлений. Ориентировка во времени у человека осуществляется с помощью корковых отделов мозга[3]. Расстройство временных восприятий наблюдается при поражении различных отделов коры. Отсюда можно сделать вывод, что восприятие времени осуществляется при помощи ряда анализаторов, объединяющихся в систему и действующую как единое целое. В основе восприятия времени лежит ритмическая смена возбуждения и торможения, затухание возбудительного и тормозного процессов в центральной нервной системе, в больших полушариях головного мозга. Наиболее точную дифференцировку промежутков времени дают кинестезические и слуховые ощущения. Слуховые ощущения отражают временные особенности действующего раздражителя: его продолжительность, ритмический характер и т.п. Двигательные ощущения обеспечивают достаточно точное отражение длительности, скорости и последовательности явлений [2].

Восприятие времени, будучи связанным с определенными психофизиологическими механизмами и их системами, может нарушаться, в частности при очаговых поражениях головного мозга.

Восприятие времени происходит благодаря работе нескольких анализаторов. Непосредственно воспринимаются лишь очень короткие интервалы (не более нескольких минут), более длительные промежутки оцениваются человеком опосредованно, при участии высших психических функций.



На восприятие времени влияют следующие факторы: возраст человека, шум, мотивация, эмоции, фармакологические средства, наполненность промежутка времени событиями, стрессовые ситуации, темперамент человека и т.п.

Предмет исследования – субъективная оценка длительности времени у младших школьников без и с нарушением когнитивных процессов.

Цель работы – исследование субъективной оценки времени у младших школьников, выявление особенностей чувства времени при нарушении когнитивных процессов по сравнению со здоровым ребенком.

Методологические и теоретические предпосылки исследования: работы о системном подходе к анализу мозговых механизмов высших психических функций Ананьева Б.Г., Анохина П.К., Лурии А.Р.; положения о том, что межполушарная функциональная асимметрия как фундаментальная закономерность работы мозга определяет характеристики психических состояний, особенности деятельности, в том числе при обучении Брагиной Н.Н., Доброхотовой Т.А., Ермакова П.Н.; концепция психического развития ребенка, в основе которой положено понятие центральных психологических новообразований Выготского Л.С., Давыдова В.В., Запорожца А.В., Леонтьева А.Н., Эльконина Д.Б., и др.

Методы исследования. Для решения поставленных задач было проведено исследование межполушарного взаимодействия и субъективной оценки длительности времени в младшем школьном возрасте детей с нарушением гнозиса и здорового ребенка.

Исследование проводилось при помощи нейропсихологических проб (пробы пальца, руки, уха, глаза и ноги), тестов и методик. Для выявления нарушений ВПФ, гнозиса и праксиса была предъявлена Луриевская батарея нейропсихологических тестов. Для выявления особенностей субъективной оценки длительности времени у младших школьников в исследовании использована шкала субъективной оценки длительности временных интервалов[4], методика «Минута», а так же методика «Часы»[1].

1) Нейропсихологические пробы;

Для исследования ведущей руки пробы: переплетение пальцев рук; поза «наполеона» (для детей после 7 лет); «телефонная трубка»; «подзорная труба» (калейдоскоп).

Для исследования ведущей ноги пробы: «попрыгай на одной ноге»;

Для исследования сенсорных предпочтений пробы: «телефонная трубка» (ведущее ухо); «подзорная труба» (калейдоскоп) (ведущий глаз) [3].

2) Методика часы;

3) Шкала субъективной оценки длительности временных интервалов;

4) Рисование часов;



5) Методика 1 минута; В данной методике необходимо было ребенку объяснить, сколько идет одна минута. Посчитать 22,34,47 секунд и, спустя время, сказать, когда, по мнению ребенка, пройдет минута. Все счетные операции считались секундомером.

6) Методики для оценки ВПФ: Исключение 4 лишнего; Какие предметы спрятаны в рисунках; Чем залатать коврик; Память на образы; Чего не хватает на рисунках;

7) Пробы: повторение оппозиционных фонем; называние предметов; называние частей тела; письмо слов; узнавание отдельных букв; повторение сложных слов, скороговорок; оральный праксис; понимание логико-грамматических конструкций; символический праксис; предметные действия; динамический праксис (кулак-ребро-ладонь); классификация цветов.

В исследовании участвовали двое испытуемых 9 лет, женского пола. Наталья В. диагноз: задержка психического развития. При проведении исследования были выявлены: снижение ВПФ, а так же нарушение понимания сложных инструкций. Светлана Д. условно здорова. При нейропсихологическом исследовании не выявлены нарушения.

В ранее проведенном исследовании были выявлены особенности восприятия здоровой группы леворуких детей. Из результатов по методике «Часы», видно, что в большинстве случаев ошибки у левшей связаны с неправильным ответом по часовой стрелке, а у правшей – по минутной. По шкале субъективной оценки времени результаты показывали, что леворукие дети чаще всего спешат в отсчете времени.

При данном эксперименте были получены следующие результаты:

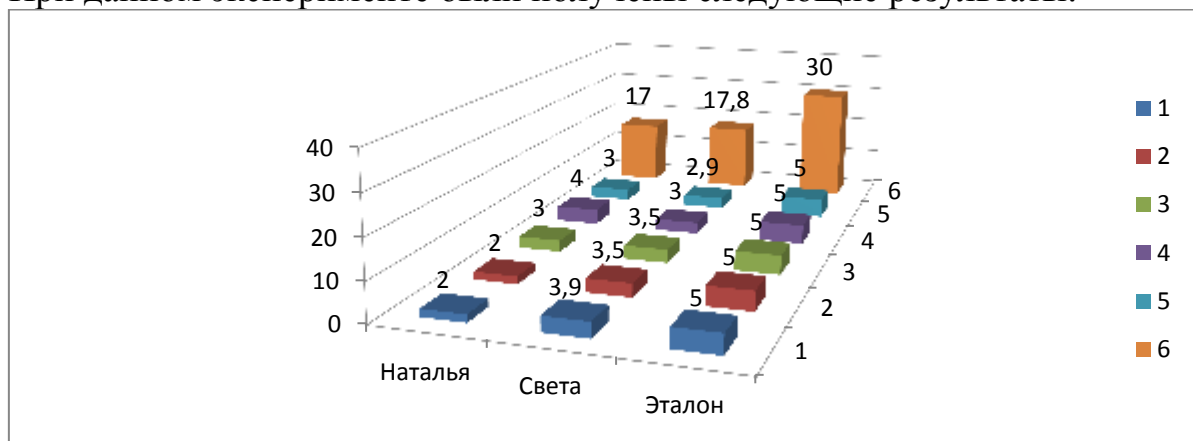


Рис.1. Значения по Шкале субъективной оценки длительности временных интервалов.

Из рис. 1 мы видим, что у Натальи ответы по объективному времени меньше ответов Светы. Но последнюю пробу дети выполнили примерно за одинаковое время.

Таблица 2



Результаты по методике «минута»

	Пробы			
	22с.	34с.	47с.	Субъективное восприятие минуты
Наталья	12	18	22	216с.
Света	10	15	24,3	34с.

Из таблицы 1 видно, что у Натальи показатели намного превышают результаты Светы по минуте без счета. Так же заметно, что остальные результаты примерно равны.

Так же по результатам методики «Рисование часов» заметно, что Наталья не рисует часовые стрелки часов, хотя называет все стрелки, при этом выделяет и помещает ее выше всех ту цифру, какое время должно быть по инструкции, так же часы имеют неправильную форму. Света рисует все стрелки, но ошибается в часовой на 1 час при 4 предъявлениях различного времени.

По методике «Часы» Наталья назвала правильно половину предъявлений времени, преобладали ошибки, связанные с часовой стрелкой на 2-3 часа отклонения, Света правильно называла минутное время, но на часовом были допущены ошибки на 1 час.

В младшем школьном возрасте продолжается развитие восприятия. Благодаря совершенствованию наблюдения восприятие превращается во все более целенаправленный и управляемый процесс.

В эмпирическом исследовании были выявлены различия. В 7-8 лет у детей происходит пик созревания различных структур коры, которые обеспечивают морфологические и функциональные изменения. В данном случае наблюдается, что у леворуких детей в данном случае общими показателями являются отсчетное время, но субъективный показатель времени остро различается. Это может предположить, что на субъективный анализ времени влияет возраст детей, мозговая латерализация и психические функции.

Литература

1. Асимметрия. Межполушарная асимметрия и адаптация / В.С. Ротенберг, В. В. Аршавский. – М., 2008.
2. Головаха Е.И. Понятие психологического времени/Головаха. –М., 1988.
3. Ковалев В.И. Категория времени в психологии (личностный аспект)/В.И. Ковалев. –М., 1988.
4. Селиванова Д.С. Особенности временной перцепции при состоянии алкогольной зависимости/Д.С. Селиванова. –М., 2015.



НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Тимофеев М.Е.

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

**Научный руководитель: д. психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Молчанова Л.Н.**

Статья посвящена исследованию нейропсихологических особенностей ОНМК геморрагического типа, с локализацией очага в правой гемисфере, пациента, у которого доминантным по речи полушарием является левое. В статье представлены результаты нейропсихологического обследования одного пациента. Исследование проведено с использованием нейропсихологических методов исследования (по А.Р. Лурия). Полученные данные продемонстрировали отличия в симптоматике поражения правой гемисферы от поражения левой.

Ключевые слова: нейропсихология, афазия, правое полушарие, нейропсихологические пробы.

NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS IN PATIENTS WITH A HEMORRHAGIC STROKE: A CLINICAL CASE

Timofeev M.E.

The article investigates the neuropsychological characteristics of stroke hemorrhagic type, with localization of the lesion in the right hemisphere, patient, which is dominant for speech hemisphere is the left. The article presents the results of the neuropsychological examination of a patient. The study was conducted using neuropsychological methods research (A. R. Luria). The data showed differences in symptomatology of lesions of the right hemisphere of defeat of the left.

Key words: neuropsychology, aphasia, right hemisphere neuropsychological tests.

Для клиники левополушарных инсультов характерны речевые нарушения, среди которых наиболее значимой является афазия. Афазия, проявившаяся остро, указывает на нарушение кровообращения в бассейне средней мозговой артерии. Речевые процессы, как правило, обнаруживают значительную степень латерализации и у большинства людей зависят от ведущего (доминантного) полушария [3].



В последнее время появилось много работ, касающихся вопроса динамичности функциональной специализации полушарий. Показано, что специализация полушарий не статична – она может меняться с течением времени, при изменении функционального состояния человека и в результате болезни, например, при повреждении головного мозга [4]. Вопрос о роли подкорковых структур в осуществлении высших психических (по преимуществу корковых) функций (ВПФ), включая речь, в настоящее время широко обсуждается в литературе [1]. Вследствие очаговых поражений доминантного по речи полушария головного мозга возникают специфические языковые расстройства – афазии, которые характеризуются системными нарушениями уже сформировавшихся форм речевой деятельности (продуцирование и понимание устной и письменной речи) и проявляются в виде разноплановых нарушений фонематических, морфологических, лексико-семантических и синтаксических языковых уровней при сохранности движений речевого аппарата, элементарных форм слуха и зрения [2].

Но при всём многообразии работ, посвящённых последствиям нарушения левого полушария (доминантного), очень мало исследуется поражение субдоминантного полушария у правойшей. Эта проблема сейчас очень актуальна, так как существуют затруднения в восстановительном обучении больных этой группы.

Ниже приведён клинический разбор результатов диагностики пациента с ОНМК геморрагического типа, с локализацией очага в правой гемисфере.

Женщина, 45 лет. Испытуемая на контакт идёт охотно, к исследованию относится с интересом. Ориентация в собственной личности не нарушена (пациентка верно называет дату и место своего рождения, верно называет место своего пребывания, текущую дату, время года, рассказывает о своём прошлом, соблюдает хронологию событий). Отношение к обследованию положительное. Критика к своему состоянию сохранна. Жалоб не предъявляет, говорит, что у неё всё хорошо. Не двигается левая рука, частично, на уровне ключицы, может приподнять руку. Левая нога также почти не движется, пациентка может на неё только опираться при ходьбе. Со слов М., левый глаз видит хуже правого. Ориентация в месте и времени сохранна. Ведёт себя адекватно ситуации обследования. Диалогическая речь развёрнутая, без признаков аграмматизма. Эмоциональный фон стабилен. На ошибки и на подсказки реагирует адекватно.

Определение профиля латеральной организации. Со слов М., до инсульта письмо она осуществляла правой рукой, а также различного рода операции: рисование, расчёсывание, сложные мелко-моторные действия и т.д. Объективно исследовать латерализацию рук не представляется возможным вследствие гемипареза левой стороны тела. Проба на прослушивание часов и звуков показала, что больной легче прислушиваться правым ухом. Пробы на



зрительную латерализацию (проба с карандашом, подзорная труба) показали, что доминантным является правый глаз. В целом можно сделать вывод, что доминантным полушарием головного мозга у М. является левое.

Исследование внимания. Обнаружено: снижение темпа психических процессов, а так же уменьшение объема внимания по отношению к зрительным раздражителям. Наблюдается общее ухудшение переключаемости, концентрации, устойчивости внимания. Время выполнения методики таблицы Шульте соответственно: 76; 114; 133; 132; 92 секунд. Испытуемая испытывала трудности при нахождении цифр, когда предьявлялась новая карточка. Поиск носил хаотичный характер. Наблюдалась длительные паузы по 20-25 секунд, подсказка помогала М. продолжить верный поиск. Испытуемая 4 раза путала цифры (3 с 9; 13 с 18), ошибки повторялись. При выполнении 1 и 2 карточки наблюдался поиск числа 26, хотя инструкция давалась верно. В дальнейшем поиск осуществлялся до 25. Проба на отсчитывание от 100 по 7 выполнена сначала без ошибок (93, 86, 79), а потом наблюдались ошибки вычитания и при переходе через десяток (63, 59, 42, 35, 28, 11, 4). Подсказка не помогала. Паузы между ответами увеличивались к концу выполнения. При выполнении пробы на отсчитывание от 30 по 3 М. не усвоила инструкцию и стала отнимать от 30 по 1 (29, 28, 27, 26 и т.д.). Подсказка дала обратный эффект: М. стала прибавлять (30, 27, 28, 29, 30). При выполнении более простых проб, не требующих сложного речевого опосредования (предметный, цветовой, лицевой гнозис и т.д.) таких нарушений не наблюдалось. Это даёт основание говорить о том, что у пациентки нарушены процессы концентрации, переключения, объёма, устойчивости внимания преимущественно к речевым (числовым) раздражителям.

Исследование гнозиса. Пальцевой гнозис, а также ориентация в собственном теле не нарушена. Поверхностная чувствительность нарушена. Дифференциация прикосновений нарушена: М. не различает 2 одновременных прикосновения на расстоянии до 2 см. Характер прикосновения (тупой – острый) определяет верно. Все исследования на тактильный гнозис проводились на правой руке, левая недоступна. При выполнении пробы Ферстера наблюдалось увеличение ошибок при усложнении нарисованного предмета (треугольник, круг, 2 определяла верно, а Б, квадрат, А, Н и т.д. определяла не вено: А – треугольник; Б – 5 и т.д.). Стереогноз без нарушений. При исследовании предметного гнозиса были выявлены ошибки при узнавании реалистичных изображений предметов (М. не видела разницы между красным мячом и помидором – «это помидоры»). Прослеживались ошибки в опознавании изображения гриба: М. говорила, что это лампа настольная, но потом сама исправляла ошибку. Это же наблюдалось и в обратную сторону. Других нарушений предметного гнозиса не обнаружено. При исследовании



цветового гнозиса были выявлены стёртые нарушения соотнесения цвета и предмета (красный мяч - помидор). Пространственный гнозис, лицевой гнозис, буквенный гнозис без нарушений. Исследование слухового гнозиса также не выявило нарушений.

Исследование праксиса. Исследование праксиса было проведено исключительно на правой руке. При исследовании праксиса были выявлено снижение точности выполнения действий, а также снижен темп, дифференцированность и координированность движений. При выполнении в медленном и быстром темпе пробы на «реципрокную координацию» (кулак-кольцо) М. нарушений не показали. Проба «кулак, ребро, ладонь» выполнялась с ошибками (меняла последовательность кулак-ладонь, ребро-ладонь; не точные выполнения поз и т.д.), которые сглаживались только после значительных повторений (20-23 раза). При смене последовательности движений (кулак, ладонь, ребро) ошибки значительно увеличились и исчезали при более чем 30 повторениях, что свидетельствует о некоторой инертности психических процессов. Сила и тонус мышц правой руки находятся в норме. Проба на перебор пальцев выполнена с ошибками (путала пальцы, поднимала одновременно несколько), которые исчезали после 10 повторений. Артикуляторный праксис нарушен с левой стороны (мышцы лица слабо двигались при выполнении задания). Пробы на позный праксис были выполнены с ошибками (сгибала не те пальцы, что были нужны), которые исправлялись с помощью зрительного контроля. Отсутствие зрительного контроля увеличивало число ошибок. При выполнении графической пробы «заборчик» наблюдались ошибки в виде лишних линий (промежутков), которые при подсказке исправлялись. Срисовывание фигур Рея-Остерлица было выполнено схематично, общая схема рисунка передана правильно. Пробы на рисование куба, часов выполнены схематично, пространственные отношения понимает верно. Проба «Соты» выполнена не верно, вместо шестиугольника рисовала квадраты. При подсказке говорила, что не получается.

Исследование речи. При исследовании речи на первый план выступает нарушение артикуляции, не характерные для поражения левого полушария. М. не путает близкие и далёкие артикулемы при изолированном произношении. Произносит слова, фразы, предложения, читает текст со значительными ошибками: смешиваются близкие артикулемы. Артикуляция произвольной речи нарушена также как и чтение. Ошибок при письме не делает, хотя произносит не верно. При чтении понимает смысл рассказа, пересказывает его. Номинативная функция речи, также как и повторение слов, спонтанная речь, автоматизированная речь, повторение серии слов выполняет с ошибками артикуляции, но понимает разницу между словами и предложениями. М. понимает что говорит, понимает, что хочет сказать. Отдельные упроченные



слова и слоги, фразы произносит без ошибок. Сложные фразы (ненавидеть, тенториальный, перорально и т.д.) произносит со значительными ошибками или не может их вовсе произнести. Понимание сложных логико-грамматических конструкций сохранно. Фонематический слух не нарушен.

Характеристика счетных операций. Арабские цифры различает верно. Римские цифры почти не доступны (различает I, II, III, V и X остальные нет). Нарушено разрядное строение числа при назывании сложных чисел (14020 = 14 миллионов; 017 = 17 тысяч). При определении двузначных чисел нарушений не обнаружено. Счётные операции при наглядном примере доступны. Операции в уме выполняет с ошибками (см. описание внимания).

Характеристика памяти. В процессе предварительной беседы не было обнаружено дезориентации в отдалённых событиях собственной и общественной жизни (называет основные даты общеизвестных событий, рассказывает о своей жизни последовательно, без ошибок). Это говорит о сохранности долговременной памяти. При выполнении методики 10 слов результаты соответственно: 5; 6; 6; 6; 6; 7 и отсроченное 3. Наблюдается эффект плато. Это говорит о снижении объёма кратковременной памяти и повышенном влиянии интерференции на процесс запоминания (отсроченное 3). При воспроизведении слов порядок их был хаотичный. Гомогенная интерференция при заучивании пары слов, и простых предложений не влияла на процесс запоминания. При увеличении количества слов для заучивания наблюдались контаминации (в саду охотники убили волка). Гетерогенная интерференция значительней влияла на запоминание, особенно предложений. Контаминации наблюдались постоянно: при заучивании отдельных слов (пар, особенно троек) всплывали слова из методики 10 слов; при заучивании предложений контаминации были значительнее (в Ташкенте был авиационный праздник и много людей погибло). Это говорит о значительном негативном влиянии интерференции на запоминание. Воспроизведение пробы Рея-Остерлица по памяти доступно схематически, без мелких деталей. Также М. воспроизводит общий смысл рассказов. Зрительная память сохранна.

Исследование мышления. Понимание переносного смысла пословиц и метафор нарушено (разъясняет только «без труда не выловишь и рыбку из пруда» и «каменное сердце»). Большинство пословиц и метафор понимает буквально (лес рубят – щепки летят – лес рубить; мороз по коже – холодно и т.д.). Методика исключения лишнего предмета выполнялась с опорой на конкретно-ситуативные признаки (кровать лишняя, на ней спят; очки лишние, они не нужны). Исключение лишнего слова выполнялось также (основной ответ – они разные). Сравнение понятий выполнено с опорой на конкретно-ситуативные признаки (роза-снег это лето-зима и т.д.). Объяснение сюжетных картин, установление последовательности событий также доступно.



Таким образом, в результате нейропсихологического обследования на первый план выступают нарушения артикуляции речи (смешиваются близкие артикулемы). Далее наблюдается: нарушение процессов концентрации, переключения, объема, устойчивости внимания преимущественно к речевым (числовым) раздражителям; дифференциации тактильных раздражений (до 2 см, а также сложных фигур); стёртые нарушения узнавания реалистичных изображений предметов (лампа – гриб и наоборот); стёртые нарушения соотношения цвета и предмета (красный мяч – помидор); снижение точности выполнения действий, а также снижен темп, дифференцированность и координированность движений. Зрительный контроль компенсирует эти нарушения; нарушено разрядное строение числа при назывании сложных чисел, а также операции со счётом в уме; снижение объема кратковременной памяти и повышенном влиянии интерференции на процесс запоминания преимущественно вербальных раздражителей.

Литература

1. Коновалова Е.В. Патогенез речевых нарушений при подкорковой локализации очага сосудистого генеза /Е.В. Коновалова и др. // Альманах клинической медицины. Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского. – 2001. – №4. – С. 11-12.
2. Купцова С.В. Особенности реорганизации речевых зон мозга у больных с разными формами афазии /С.В. Купцова и др.// Вестник ВГУ. Серия: лингвистика и межкультурная коммуникация. – 2015. – № 4.– С. 74-81.
3. Кутькин Д.В. Инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии: соотношение речевых нарушений с вариантом инфаркта головного мозга /Д.В. Кутькин и др.// РМЖ. – 2016. – № 26. – С. 1747–1751.
4. Шипкова К.М. Межполушарное взаимодействие и восстановление нарушений речи //Асимметрия. – Том 8. – № 1. – 2014.– С. 13-21.



СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИМТОМОКОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ

Тиханина А.Н.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Курск, Россия

**Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры психиатрии и
психосоматики Богушевская Ю.В.**

В шизофреническом патопсихологическом симптомокомплексе все чаще наблюдаются феномены, характерные для органического поражения головного мозга, что не соответствует традиционным представлениям о шизофрении. В статье приведены результаты исследования больных шизофренией с различной длительностью заболевания.

Ключевые слова: шизофрения, когнитивный дефицит, длительное течение заболевания.

THE SPECIFICITY OF PATHOPSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS OF SIMPTOMOKOMPLEKSE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH LONG DURATION OF DISEASE

Tihanina A. N.

In schizophrenic pathopsychological symptom popping up all the phenomena characteristic of organic lesions of the brain, which is not consistent with the traditional view of schizophrenia. The article presents the results of a study of patients with schizophrenia with different disease duration.

Key words: schizophrenia, cognitive deficit, long duration of the disease.

Все чаще практические наблюдения свидетельствуют о том, что происходит трансформация шизофренического патопсихологического симптомокомплекса при длительном течении заболевания [7]. Появляются феномены, характерные для органического поражения головного мозга (специфические нарушения памяти, внимания, мышления, речи). Данное явление идет вразрез с традиционным представлением о шизофрении и имеет название «когнитивный дефицит». Под когнитивным дефицитом понимается недостаточность высших психических функций (памяти, внимания, мышления, речи), а также их произвольной регуляции, возникающих вследствие



структурно-функциональных нарушений головного мозга [4]. В настоящий момент существует несколько точек зрения на данный феномен [8,9]. По мнению некоторых авторов когнитивный дефицит достаточно стабилен и не претерпевает изменений на протяжении заболевания [1,6]. Другие полагают, что динамика когнитивных нарушений неоднозначна: в одних случаях происходит улучшение показателей по сравнению с периодом манифеста [3], в других – дальнейшее ухудшение [2, 5, 10]. Ввиду этого исследование когнитивного дефицита является актуальным, так как данный феномен до сих пор не изучен.

Цель данной работы – изучить проявления когнитивного дефицита у больных шизофренией с большой длительностью заболевания.

В исследовании приняли участие 20 больных параноидной шизофренией с длительностью заболевания более 10 лет, находящихся на лечении в ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница».

Для оценки когнитивных процессов использовался стандартный набор патопсихологических методик: «Корректирующая проба», «Таблицы Шульте»; «Заучивание 10 слов», «Пиктограммы»; «Исключение лишнего», «Сравнение понятий», «Соотношение пословиц и метафор», «Слепые часы». Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы STATISTICA 6.0. Для обработки данных использовались критерий U Манна-Уитни и описательная статистика, а также критерий χ^2 Пирсона.

Полученные результаты свидетельствуют о специфических проявлениях, не характерных для шизофренического патопсихологического симптомокомплекса.

При исследовании внимания методикой «Таблицы Шульте» были получены статистически значимые различия на этапе выполнения первой таблицы ($p = 0,014020$). При выполнении второй ($p = 0,006502$), третьей ($p = 0,000670$), четвертой ($p = 0,000440$) и пятой ($p = 0,001706$) таблиц различия получены на высоком уровне статистической значимости. При проведении методики «Корректирующая проба» были выявлены различия на высоком уровне статистической значимости по параметру «Концентрация» ($p = 0,001152$). По параметру «Переключаемость» ($p = 0,025749$) получены статистически значимые различия.

При исследовании памяти методикой «Заучивание 10 слов» были выявлены статистически значимые различия по результатам отсроченного воспроизведения ($p = 0,028366$). При проведении методики «Пиктограммы» по результату воспроизведений были получены различия на высоком уровне статистической значимости ($p = 0,003197$).

При исследовании мышления методикой «Пиктограммы» различия на уровне статистической значимости получены по параметрам «Абстрактность» ($p = 0,02462$). По параметру «Стереотипия» ($p = 0,06789$) различия получены на



уровне статистической тенденции. При проведении методики «Исключение лишнего предмета» были получены статистически значимые различия по параметру «Искажение» ($p = 0,02462$). По параметру «Снижение» ($p = 0,00729$) различия получены на высоком уровне статистической значимости, по параметру «Истощаемость» ($p = 0,06789$) различия получены на уровне статистической тенденции. В ходе выполнения методики «Сравнение понятий» были получены статистически значимые различия по параметрам «Искажение» ($p = 0,02462$) и «Истощаемость» ($p = 0,02462$). По параметрам «Инертность» ($p = 0,07364$) и «Снижение» ($p = 0,07364$) различия получены на уровне статистической тенденции. Анализируя методику «Толкование пословиц и метафор» были получены статистически значимые различия по параметрам «Снижение» ($p = 0,02462$), «Инертность» ($p = 0,02462$), «Истощаемость» ($p = 0,01908$). По параметру «Искажение» ($p = 0,06789$) различия получены на уровне статистической тенденции. При анализе методики «Слепые часы» различий на достоверном уровне статистической значимости выявлено не было.

Анализируя полученные данные можно сделать вывод о том, что у больных шизофренией с длительным течением заболевания отмечаются более выраженные расстройства внимания: устойчивость, концентрация, истощаемость, переключаемость, инертность. Больные, страдающие шизофренией более 10 лет, проявляют нарушения долговременной памяти. Также, в рисунках пиктограмм у таких больных проявляются стереотипии. У больных шизофренией с длительным течением заболевания на первый план со стороны процессов мышления выходят снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. Эти характеристики свойственны для органического патопсихологического синдрома, поэтому можно констатировать наличие трансформации изучаемых патопсихологических синдромов.

Литература

1. Вербенко В.А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении / В.А. Вербенко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – №5. – С. 300 – 308.
2. Зайцева Ю.С. Сравнительное исследование нейрокогнитивного профиля больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с первыми психотическими эпизодами/Ю.С. Зайцева, Г.Р. Саркисян, В.В. Саркисян, Я.А. Сторожкова // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. № 5. С. 7 - 11.
3. Лебедева Г.Г. Мышление при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве: сравнительное исследование/ Г.Г. Лебедева // Вестник ЮУрГУ. – 2015. – Т.8. – №2. – С. 34 – 42.



4. Погосов А.В. Опыт участия студентов в работе лечебно-драматической арт-студии «Инсайт» кафедры психиатрии и психосоматики КГМУ / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская // Материалы VII Международной научно-методической конференции «Современные проблемы высшего образования», 28 апреля 2015г. – С.243-245.

5. Севостьянов В.Г., Психосоциальная модель реабилитации больных шизофренией /В.Г. Севостьянов, А.В. Погосов, Е.В. Племенова и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – №4. – С.59-61.

6. Севостьянов В.Г. с соавт. Психообразовательные программы: от теории к практике / В.Г. Севостьянов, А.В. Погосов, А.А. Голодова, Е.В. Гуреева, Ю.В. Богушевская, И.А. Погосова // Психология в вузе. –2010. – №3. – С. 48 – 62.

7. Софронов А.Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция / А.Г. Софронов, А.А. Спикина, А.П. Савельев // Журнал невропатологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2012. – №1. – С. 33 – 37.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И РАННЕЙ ПРИВЯЗАННОСТИ К МАТЕРИ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Тищенко Н.А.

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск, Россия
Научный руководитель; д. психол.н., доцент кафедры общей и
клинической психологии Симоненко И.А.**

Данная статья посвящена теме ранней привязанности ребенка к матери и тому, какие пути развития ребенка могут быть при различных типах привязанности. В частности, рассматривается эмоциональная сфера дошкольников с общим недоразвитием речи.

Ключевые слова: общее недоразвитие речи, привязанность, эмоциональная сфера, агрессивность, страхи, негативизм.

THE INTERRELATION OF THE EMOTIONAL SPHERE AND THE EARLY ATTACHMENT TO HIS MOTHER PRESCHOOLERS WITH IMPAIRED SPEECH DEVELOPMENT



Tishchenko N.A.

This article is devoted to the early attachment of the child to the mother and to the ways of childhood development in different types of attachment. In particular, it is about the emotional sphere of preschool children with general underdevelopment of speech.

Keywords: general underdevelopment of speech, attachment, emotional sphere, aggressiveness, fears, negativism.

Общее недоразвитие речи (ОНР) – это нарушение формирования всех компонентов речевой системы: звуковой стороны (фонетики); смысловой стороны (лексики, грамматики) при нормальном слухе и интеллекте [3]. Было выделено 4 уровня ОНР, что позволило разделять детей на соответствующие группы для повышения качества коррекционной работы с ними. Большую роль в возникновении ОНР играют психосоциальные факторы, в особенности, привязанность ребенка к матери, которая формирует чувство безопасности и комфорта у ребенка [3].

Развитие эмоциональной сферы имеет огромное значение в развитии личности ребенка в целом. Вместе с эмоциональной сферой меняется и внутренний мир ребенка, который должен быть ярким, комфортным и позитивным для полноценной реализации своего жизненного пути [1]. В старшем дошкольном возрасте ребенок уже умеет сдерживать слезы, скрывать свои страхи. Эти возможности помогают в дальнейшем ребенку осознавать свои переживания и формировать устойчивые эмоциональные комплексы [2]. Поэтому различные нарушения и задержки в развитии эмоционально-волевой сферы негативно сказываются на всем психическом облике ребенка.

Цель: изучить взаимосвязь ранней привязанности ребенка к матери и эмоциональной сферы дошкольников с нарушениями речевого развития.

Проблема: каким образом ранняя привязанность ребенка к матери связана с эмоциональной сферой дошкольников с нарушениями речевого развития?

Задачи: изучить концептуально-теоретический и методологический анализ факторов возникновения речевого недоразвития дошкольников; исследовать феномен привязанности ребенка к матери у дошкольников с ОНР; изучить эмоциональную сферу дошкольников с ОНР; изучить особенности взаимосвязи эмоциональной сферы и раннюю привязанность ребенка к матери с нарушениями речевого развития; разработать коррекционную программу для дошкольников, направленную на изменение ненадежного типа привязанности.

Объект: взаимосвязь ранней привязанности ребенка к матери и эмоциональной сферы дошкольника.



Предмет: особенности взаимосвязи ранней привязанности ребенка к матери и эмоциональную сферу дошкольников с нарушениями речевого развития

Центральной гипотезой выступает предположение о том, что качество привязанности ребенка к матери влияет на эмоциональную сферу ребенка.

Рабочие гипотезы:

1. Гипотеза о взаимосвязи безопасной формы привязанности и позитивных характеристик эмоциональной сферы дошкольников.
2. Гипотеза о наличии ненадежного типа привязанности у детей с ОНР
3. Гипотеза о повышенной агрессивности, тревожности и наличии страхов у дошкольников с ОНР

В качестве оснований **концептуальной модели** выступили следующие теории: теория Р.Е.Левина (3 уровня ОНР); теория сепарации – индивидуации М.Малер; теория привязанности Дж.Боулби; теория Д. Штерна; теория Г.Г. Филипповой; типы привязанности М. Эйнсворт; теория холдинга Д.Винникота; исследования в области эмоциональной сферы дошкольников с ОНР Т.Б. Филичевой, Л.С. Волковой и Л.М. Шипициной, Р.Е. Левиной, В.И. Селиверстовым, Л.А. Зайцевой, А.В. Ястребовой.

Литература

1. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей/ Пер. с англ. В.В.Старовойтова – 2-е изд. /Д. Боулби. – М.: Академический проект, 2006. – 323с.
2. Винникот Д. Маленькие дети и их матери. Библиотека психологии и психотерапии. Выпуск 52. /Д. Винникот. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 110с.
3. Филичева Т.Б. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Программно-методические рекомендации /Т.Б. Филичева, Т. В. Туманова, Г. В. Чиркина. – М.: Дрофа, 2009. – 192 с.



**ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСИВНО-СМЫСЛОВОЙ РЕГУЛЯЦИИ
СОСТОЯНИЯ ФРУСТРАЦИИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Толкачева Л.В.

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

**Научный руководитель: к. психол.н., старший преподаватель кафедры
психологии здоровья и коррекционной психологии Кузнецова А.А.**

В статье представлены результаты исследования рефлексивно-смысловой регуляции состояния фрустрации у женщин с онкологическим заболеванием гинекологического профиля. В исследовании приняли участие 36 женщин в возрасте 24–68 лет, находящихся на стационарном лечении. В исследовании применялись: методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко), тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева; методика определения уровня рефлексивности А.В. Карпова. Полученные результаты свидетельствуют о том, что наличие заболевания у женщин вызывает переосмысление существующих жизненных установок, снижение контроля и веры в свои собственные силы, полагание на внешний контроль в отношении себя и дальнейшей жизни.

Ключевые слова: фрустрация, онкологическое заболевание, фрустрирующие факторы, рефлексивно-смысловая регуляция, осмысленность жизни.

**PECULIARITIES OF REFLEXIVE SANITARY REGULATION OF
THE STATE OF FRUSTRATION IN WOMEN WITH ONCOLOGICAL
DISEASE OF THE GYNECOLOGICAL PROFILE**

Tolkacheva L.V.

The article presents the results of an investigation of the reflexive-semantic regulation of the state of frustration in women with oncological disease of the gynecological profile. The study involved 36 women aged 24-68 years in hospital. The study used: a technique for diagnosing the level of social frustration. Wasserman (modification of Boyko), test of meaningful orientations Leontief; method of determining the level of reflexivity Karpov. The results show that the presence of the disease in women causes a rethinking of existing attitudes, a reduction of control and belief in one's own strength, a reliance on external control over oneself and later life.



Keywords: frustration, oncological disease, frustrating factors, reflexive-semantic regulation, meaningfulness of life.

В настоящее время увеличилось число людей, страдающих онкологическими заболеваниями. Данные Росстата свидетельствуют о наличии неутешительной тенденции – распространенность новообразований (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни) в 2000 году составляла 1226 человек, в 2005 -1375, в 2010 – 1540 , 2014 – 1693 [5]. В связи с распространенностью в настоящее время онкологических заболеваний стали актуальными, в том числе, вопросы о влиянии данного заболевания на личностный смысл больных, а также о психологическом сопровождении больных.

Как известно, общий успех лечения и дальнейшей реабилитации больных во многом зависит от его отношения к себе и своему заболеванию, способов и особенностей преодоления фрустрации.

Состояние фрустрации выражается в характерных особенностях переживаний и поведения, вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи [1]. Онкологическое заболевание выступает мощнейшим стрессовым фактором, несущим витальную угрозу. Оно изменяет все существование человека в настоящем времени и в перспективе будущего, заболевание носит для человека преградный смысл, что в последствие может дистанцировать больного от окружающего мира, от обычного образа жизни, что в свою очередь, будет негативно влиять на процесс лечения и реабилитации.

Очевидной необходимостью является осмысление проблем, связанных с качеством субъективных переживаний людей в ситуации онкологического заболевания. Объем фрустрирующих факторов у больных с онкологическими заболеваниями можно дифференцировать на социальные, психологические, соматические, физиологические, но остается общим факт тотальности и интенсивности их влияния [4]. На этом основании, нами была сформулирована гипотеза о возможности преодоления состояния фрустрации у пациентов в ситуации онкологического заболевания через рефлексивно-смысловую регуляцию.

Целью исследования является выявление структуры рефлексивно-смысловой регуляции состояния фрустрации больных женщин с онкологическими заболеваниями гинекологического профиля. Исследование осуществлялось на базе Курского областного онкологического диспансера в гинекологическом отделении. В исследовании приняли участие 36 женщин в



возрасте 24–68 лет, находящихся на стационарном лечении. Исследование осуществлялось на условиях информированного согласия.

Эмпирические методами исследования выступили – архивный метод (анализ медицинских карт и историй болезни); метод клинической беседы (до и после проведения психодиагностического исследования); психодиагностические методы: методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко), тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева; методика определения уровня рефлексивности А.В. Карпова. Статистическая обработка осуществлялась с использованием Statistica 6.0.

В результате первичной обработки данных средние показатели выраженности фрустрированности ($2,58 \pm 0,98$) входят в зону умеренных значений. Значения общей осмысленности жизни ($102,19 \pm 25,61$) входят в зону низких значений. Это включает в себя средние значения целей в жизни ($31,53 \pm 10,19$), низкие значения процесса жизни ($26,88 \pm 9,46$), средние значения с тенденцией к низкой результативности жизни ($22,0 \pm 36,99$), средние значения локуса контроля-Я ($20,04 \pm 8,03$) и средние с тенденцией к высоким значениям локуса контроля-Жизнь ($29,38 \pm 9,65$). Рефлексивность ($122,04 \pm 20,06$) характеризуется средним уровнем, что может способствовать формированию негативных тенденций и состояний [2,3].

Факторная структура системы рефлексивно-смысловой регуляции состояния фрустрации представлена двумя факторами. Содержание первого фактора характеризуется регулирующим компонентом через осмысленность жизни и ее составляющие (цели в жизни ($0,891^*$), локус контроля-Я ($0,851^*$), локус контроля-Жизнь ($0,899^*$), общая осмысленность жизни ($0,732^*$)). Второй фактор представлен регулирующей функцией рефлексивности ($0,781^*$).

Таким образом, у больных не был выявлен высокий уровень состояния фрустрации, однако результаты, свидетельствующие о снижении уровня осмысленности жизни и его составляющих может указывать на то, что наличие заболевания у женщин вызывает переосмысление существующих жизненных установок, снижение контроля и веры в свои собственные силы, полагание на внешний контроль в отношении себя и дальнейшей жизни.

Выявленные нами тенденции необходимо заложить в основу программы психологического сопровождения пациентов в ситуации онкологического заболевания.

Литература

1. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека / Н.Д. Левитов. – М.: Просвещение, 1964. – 344 с.



2. Кузнецова А.А. Факторный анализ рефлексивно-смысловых механизмов регуляции состояния выгорания в условиях педагогической деятельности /А.А. Кузнецова // Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного политехнического университета. Гуманитарные и общественные науки. – 2012. – Т. 3. – № 155. – С. 56-61.

3. Кузнецова А.А. Особенности состояния выгорания у преподавателей высшей школы с учетом профессионально-должностного статуса /А.А. Кузнецова // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 7. – С. 17-18.

4. Максименко С.Д. Ассоциативно-диссоциативные механизмы временной перспективы личности при алкогольной зависимости /С.Д. Максименко, К.С. Максименко, В.Б. Никишина и др.// Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – №1. – С. 85–91.

5. Федеральная служба государственной статистики. - URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# (дата обращения 15.12.2015)

ФАКТОРЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН В СИТУАЦИИ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Троицкая А.В.

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

**Научный руководитель; к. психол.н., доцент кафедры общей и
клинической психологии Земзюлина И.Н.**

*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.

Данная статья рассматривает влияние факторов дезадаптации на нарушение репродуктивной функции женщины (привычное невынашивание беременности), а также предоставляются результаты экспериментального исследования, полученные в результате статистической обработки данных.

Ключевые слова: дезадаптация, беременность, ситуация привычного невынашивания, репродуктивная функция.



FACTORS OF DESADAPTATION AMONG WOMEN IN THE SITUATION OF THE HABITABLE INEQUALITY OF PREGNANCY

Troitskaya A.V.

This article considers influence of factors of disadaptation on violation of reproductive function of the woman (habitual not incubation of pregnancy) and also the results of pilot study received as a result of statistical data processing are reported.

Keywords: disadaptation, pregnancy, the situation of habitual miscarriage, reproductive function.

Одной из важнейших проблем практического акушерства является привычное невынашивание беременности, частота встречаемости которого составляет 20%, а это значит, что практически каждая пятая беременность теряется. Несмотря на существование многочисленных методов диагностики и лечения, разработанные в последние годы данная проблема не имеет тенденцию к снижению. Частота встречаемости случаев привычного невынашивания беременности в России достаточно высока – от 15 до 23% и это только с учетом всех зарегистрированных беременностей [4]. Однако самопроизвольные выкидыши происходят и на очень раннем сроке беременности, у женщин, которые даже не знали, что были беременны. Около 80% репродуктивных потерь приходится на первый триместр. Поэтому изучение проблемы привычного невынашивания беременности является чрезвычайно актуальным в сфере демографических проблем общества в настоящее время.

Беременность является особым физиологическим и психологическим состоянием и зависит от множества факторов, воздействующих на здоровье женщины в течение ее жизни. С медицинской точки зрения беременность часто представляется как процесс, идущий на грани с патологией [1,3]. Значение психологической помощи беременным, возможности коррекции эмоционального состояния женщины преуменьшаются. Основной акцент в современном ведении беременности и лечении осложнений делается на применении лекарств, акушерских манипуляций [2]. Психологическая помощь, диагностика применяются достаточно редко, однако в последнее время общество начало осознавать необходимость и важность оказания психологической помощи беременным женщинам.

Проблемой нашего исследования выступает вопрос о влиянии факторов дезадаптации на нарушение репродуктивной функции женщины (привычное невынашивание беременности).

Объектом нашего исследования выступают факторы дезадаптации.



Предметом исследования является факторы дезадаптации у женщин в ситуации привычного невынашивания беременности.

Привычное невынашивание беременности – наличие в анамнезе у женщины подряд 3-х и более самопроизвольных прерываний беременности. Классификация невынашивания беременности по срокам, в течении которых происходит прерывание беременности, различается по определению ВОЗ и принятому в России.

По определению ВОЗ, невынашивание беременности (выкидыш) – прерывание ее от момента зачатия до 22 недель, с 22 недель – преждевременные роды. Самопроизвольные выкидыши - потери беременности до 22 недель. Преждевременные роды – с 22 до 37 полных недель беременности с массой плода от 500 г.

По принятому в России определению, невынашивание беременности – прерывание ее от момента зачатия до 37 полных недель (259 дней от последней менструации). Самопроизвольное прерывание беременности в сроки от 22 до 27 недель не относят к преждевременным родам. Родившегося в этот период ребенка в случае смерти не регистрируют и данные о нем не вносят в показатели перинатальной смертности, если он не прожил 7 дней после родов. При таких самопроизвольных прерываниях беременности в акушерских стационарах предпринимают меры к выхаживанию глубоконедоношенного ребенка [6].

Риск потери повторной беременности после первого выкидыша составляет 13-17 %, тогда как после двух предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36-38 %, а вероятность 3-го самопроизвольного выкидыша достигает 40-45 %. Учитывая это большинство специалистов, занимающихся проблемой невынашивания, в настоящее время приходят к выводу, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории привычного выкидыша с последующим обязательным обследованием и проведением комплекса мер по подготовке к беременности [5].

Целью исследования выступило выявление влияния дезадаптивных факторов на способность женщины выносить ребенка.

Для достижения данной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Сравнить психологическую готовность к материнству у женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин, беременных впервые.
2. Изучить и сравнить особенности иерархии социальных ролей у женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин, беременных впервые.



Для реализации поставленных задач нами была выдвинута **центральная гипотеза**, заключающаяся в предположении: что женщины с дезадаптивным поведением внутренне не готовы стать матерью, поэтому у них наблюдается нарушение репродуктивной функции (привычное невынашивание беременности).

Соответственно центральная гипотеза подразделялась на ряд **рабочих гипотез**:

1. Гипотеза о том, что психологическая готовность к материнству различается у женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин с нормально протекающей беременностью (женщин беременных первым ребенком).

2. Гипотеза о наличии различий в структуре социальных ролей у женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин с нормально протекающей беременностью (женщин беременных первым ребенком).

В качестве методов исследования выступили следующие психодиагностические **методы**: тест «Фигуры» – Филипова; тест «Кто я?» М.Куна.

В качестве выборки исследования выступили беременные женщины на базе Курского областного перинатального центра и центра планирования семьи в количестве 40 человек: 20 женщины с привычным невынашиванием беременности и 20 нормально протекающая беременность (женщин беременных первым ребенком).

Для изучения образа материнства мы воспользовались методом Г.Г. Филипповой, направленным на изучение типа готовности к материнству, как критерия принятия материнской роли (рис.1, 2).

Мы видим, что в контрольной группе распределение в основном по благоприятному образу материнства (63%), остальные 37 % занимает незначительно-тревожный образ. И совсем другая ситуация в группе женщин с привычным невынашиванием беременности. Преобладающим является конфликтный образ материнства, что говорит о несформированности материнской сферы.

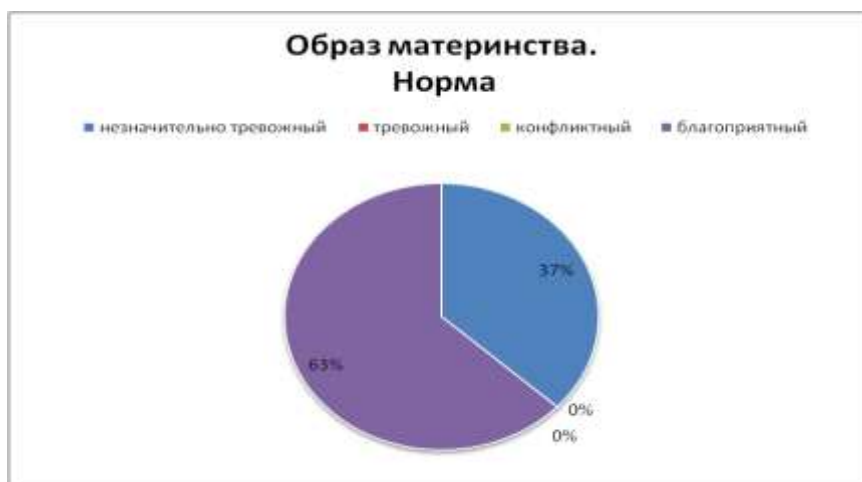


Рис. 1. Распределение образа материнства в группе женщин с нормально протекающей беременностью

Видно, что в группе женщин с нормально протекающей беременностью отсутствуют признаки конфликтного и тревожного образа материнства, в то время как в группе женщин с привычным невынашиванием беременности распределение гораздо многообразней.

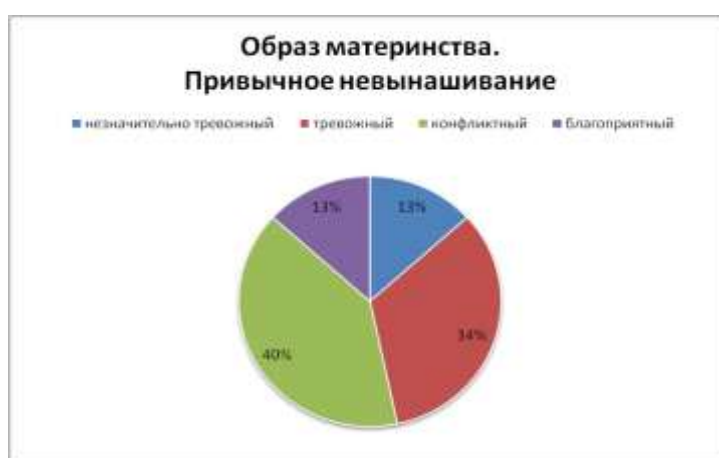


Рис. 2. Распределение образа материнства в группе женщин с привычным невынашиванием беременности

Таким образом, в группе женщин с привычным невынашиванием беременности лидирует конфликтный и тревожный образ материнства, в то время, как в группе женщин с нормально протекающей беременностью наблюдается благоприятный и незначительно тревожный образ материнства. По всей видимости, такие показатели в экспериментальной группе связаны с недостаточной значимостью беременности и ценности будущего ребёнка.

После анализа данных методики «Кто я?» мы составили диаграммы (рис. 3) для сравнения результатов экспериментальной и контрольной группы. На



этих диаграммах наглядно видно, что в экспериментальной группе (женщины с привычным невынашиванием беременности) значительно меньше уделяется внимание семейным и материнским ролям и они склонны больше оценивать себя с профессионально-ролевой позиции, в сравнении с контрольной группой (нормально беременные женщины). Женщины с привычным невынашиванием беременности менее склонны описывать себя как будущую мать, ввиду предшествующих психотравмирующих событий виде повторяющихся выкидышей.

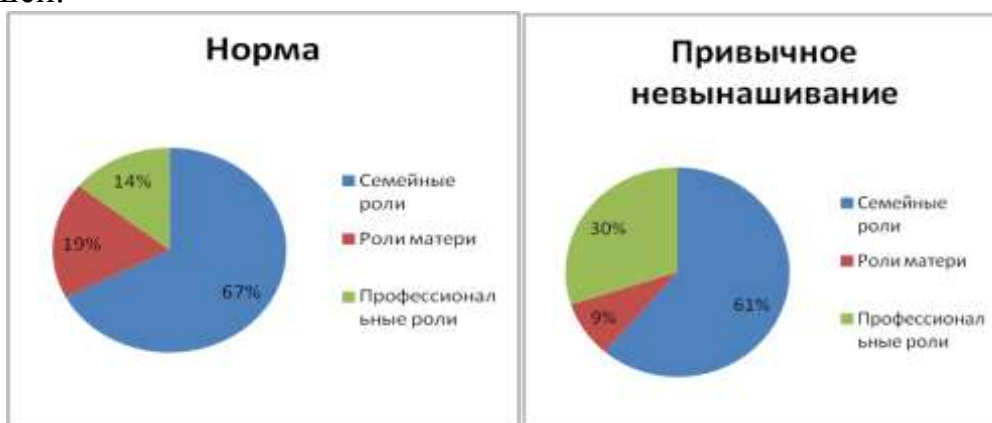


Рис. 3. Распределение основных ролевых позиций по методике «кто я?» при самоописании женщинами с нормально протекающей беременностью и женщинами с привычным невынашиванием беременности

В результате проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы:

1. Психологическая готовность к материнству различается у женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин с нормально протекающей беременностью (женщин беременных первым ребенком). Группе женщин с привычным невынашиванием беременности лидирует конфликтный и тревожный образ материнства, в то время, как в группе женщин с нормально протекающей беременностью наблюдается благоприятный и незначительно тревожный образ материнства.

2. В структуре социальных ролей у женщин с привычным невынашиванием беременности и женщин с нормально протекающей беременностью (женщин беременных первым ребенком) имеются различия. В группе с привычным невынашиванием беременности значительно меньше уделяется внимание семейным и материнским ролям, они склонны больше оценивать себя с профессионально-ролевой позиции, в сравнении с группой нормально беременных женщин.



Литература

1. Василенко Т.Д. Принятие роли матери: клиничко-психологический анализ /Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина. – М., Изд-во Форум - Инфра-М., 201. – С. 167.
2. Земзюлина И.Н. Переживание беременности в контексте жизненного пути личности женщины как фактор принятия новой социальной роли–роли матери: дис...канд. психол. наук /И.Н. Земзюлина. –Курск, 2009. – 152 с.
3. Григорьева Е.С. Роль личностных особенностей женщины в возникновении патологии беременности (обзор современных исследований) /Е.С. Григорьева // Психология телесности: теоретические и практические исследования. URL: <http://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40831.shtml>
4. Доброхотова Ю.Э. Актуальные вопросы невынашивания беременности /Ю.Э. Доброхотова. – М., 2007. – 96 с.
5. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности - современный взгляд на проблему /В.М. Сидельникова // Российский вестник акушера-гинеколога. –2007. – № 2. – С. 62-65.
6. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-prichinah-nevynashivaniya-beremennosti>.

СОСТОЯНИЕ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ ШКОЛЬНИКОВ, СКЛОННЫХ К ОТКЛОНЯЮЩЕМУСЯ ПОВЕДЕНИЮ

Трунова Ж. К.

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

**Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры психиатрии и
психосоматики Пастух И.А.**

В статье представлены результаты исследования аффективных особенностей 52 школьников, склонных к отклоняющемуся (аддиктивному) поведению. Выявлена взаимосвязь у подростков склонных к аддиктивному поведению с высоким уровнем общей тревожности в школе, страхом самовыражения, социальным стрессом и косвенной агрессии.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, школьники, аффективные особенности.



THE STATE OF THE AFFECTIVE SPHERE OF STUDENTS PRONE TO DEVIANT BEHAVIOR.

Trunova Zh.K.

The article presents the results of the study affective features 52 students predisposed to deviant behavior. The interrelation among adolescents are predisposed to addictive behavior with a high level of General anxiety in school, fear of self expression, social stress and indirect aggression.

Key words: addictive behavior, school students and affective characteristics.

В настоящее время среди исследователей отмечается повышенный интерес к проблеме девиантного поведения. С проблемой отклоняющегося поведения сталкиваются специалисты различных направлений: криминалисты, клинические психологи, социологи, работники социальной сферы и педагоги [2]. По мнению авторов [1,3,4,5] увеличение числа лиц злоупотребляющих психоактивными средствами таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье молодежи и будущее значительной ее части и вовлекают различный круг специалистов к решению данной проблемы. В 2015г. в России алкогольными напитками злоупотребляют 11,5 тыс. детей, а у 161 ребенка в возрасте от 10 до 14 лет диагностирован алкогольная зависимость [6].

Целью исследования является изучение связи между склонностью к аддиктивному поведению и особенностями аффективной сферы подростков.

В основу настоящей работы легли результаты эмпирического исследования, в котором приняли участие на добровольной основе 52 школьника, средний возраст обследуемых составил 13 ± 2 года. Для решения поставленной цели были использованы клиничко-психопатологические методы: наблюдение, опрос; патопсихологические методы: тест «Склонность к зависимому поведению» В.Д. Менделевича, методика диагностики показателей и форм агрессии Басса-Дарки в адаптации Осницкого, методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса, метод цветowych выборов; методы общей статистики, методы сравнительной статистики (коэффициент корреляции R-Спирмена, U-критерий Манна-Уитни, H-критерий Крускала-Уоллиса).

В ходе проведенного исследования было установлено, что более 70,00% подростков входили в группу риска формирования аддиктивного поведения (наркозависимости), но обнаруживали разные уровни склонности к ней. Так, повышенную склонность к проявлениям аддиктивного поведения (наркозависимости) составляли 19 чел. (36,54%), высокую вероятность наркозависимости – 8 чел. (15,38%), тенденцию к наркозависимости – 15



чел.(28,85%), отсутствие склонности к наркозависимости – 10 чел. (19,23%). Склонность подростков к аддиктивному поведению взаимосвязана с уровнем общей тревожности в школе ($R\text{-Spearman}=0,432099$ при $p\text{-level}=0,001380$). С увеличением уровня тревожности школьников, возникающего по причине нарушений в общении ребенка со сверстниками и учителями, повышается показатель склонности к аддиктивному поведению. Выявлена статистически значимая положительная связь между уровнем переживания социального стресса и склонностью подростков к наркозависимости ($R\text{-Spearman}=0,427747$ при $p\text{-level}<0,01$). Установлено, что чем выше склонность к аддиктивному поведению, тем выше уровень переживания социального стресса подростков. Склонность подростков к аддиктивному поведению взаимосвязана с уровнем страха самовыражения ($R\text{-Spearman}=0,299602$ при $p\text{-level}=0,030945$).

С увеличением склонности подростков к наркозависимости повышается уровень страха самовыражения. Склонность подростков к аддиктивному поведению взаимосвязана с уровнем косвенной агрессии ($R\text{-Spearman}=0,369230$ при $p\text{-level}<0,01$). С увеличением уровня косвенной агрессии подростков повышается склонность к развитию наркозависимости.

Полученные результаты являются предварительными. Детальное изучение данной проблемы позволит разработать психокоррекционные программы направленные на первичную профилактику аддиктивного поведения в подростковой среде, что будет способствовать снижению числа лиц вовлекаемых в процесс злоупотребления психоактивными средствами.

Литература

1. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. – 2-е изд., стер. /А.В. Гоголева– М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. – 240 с.
2. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения /В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.
3. Погосова И.А. Склонность к отклоняющемуся поведению и особенности познавательной и эмоциональной сферы подростков / И.А. Погосова, Я.Ю. Головченко, Е.М. Конищева. Материалы 75-й юбилейной итоговой Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием: Молодежная наука и современность, посвященной 75-летию КГМУ, 20-21 апреля 2010 года. В 3-х частях. Часть II. – Курск, ГОУ ВПО КГМУ, 2010. – С.26.
4. Филатова Т.А. Профилактика употребления психоактивных средств в подростковой среде / Т.А. Филатова, А.В. Погосов, Н.С. Степашов // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье" – 2008. – № 3. – С.79.



5. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков – 2005 г. – 336 с.
6. www.gks.ru

ПРОБЛЕМЫ ЦЕЛЕПОЛАГАНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Фейзијева С. Ф.

**Уральский Федеральный университет имени Первого Президента
России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург, Россия**

В статье рассматриваются психологические особенности юношеского возраста в контексте целеполагания. Освещается проблема адекватного самоопределения в условиях современности. Приведены примеры нарушения психологического здоровья в юношеском возрасте в связи с отсутствием личностной направленности, а также сформированы рекомендации для профилактики нарушения психического здоровья в период юности.

Ключевые слова: юность, проблемы юношества, целеполагание, самоменеджмент, ноогенный невроз, психология юности, возрастная психология, логотерапия.

PROBLEMS OF GOAL SETTING IN YOUNG ADULTHOOD AS A FACTOR IN MENTAL HEALTH

Fejzieva S.F.

The article deals with psychological features of adolescence in the context of goal setting. The problem of adequate self-determination in modern times is covered. In the article examples of the violation of psychological health in adolescence due to the lack of personal orientation are given and recommendations for the prevention of mental health disorders during adolescence have been formed.

Keywords: adolescence, youth, problems of youth, goal setting, self-management, noogenic neurosis, psychology of adolescence, age psychology, logotherapy.

«Если бы люди были способны снова исполниться нетерпимостью юности, то пришли бы в ярость, увидев, во что они превратились», - отмечает



французский прозаик и драматург, лауреат Нобелевской премии по литературе Андре Жид.

Юность, как переходный период в жизни человека, играет важнейшую роль в оформлении индивида как личности. Ученые, занимающиеся проблемами возрастной психологии, с разных сторон подходят к описанию юношества, но всегда сходятся в одном: юность – это несомненно процесс самоопределения и самосознания. Для введения понятия юность обратимся к краткому психологическому словарю. «Юность - период в развитии человека, соответствующий переходу от подросткового возраста к самостоятельной взрослой жизни» [6]. С точки зрения возрастных границ выделяют раннюю юность (от 15 до 18 лет), и позднюю юность (от 18 до 23 лет).

В то же время, юность – это завершающий этап первичной социализации [5]. Перед индивидом стоит неотложная задача: осуществить выбор не только своего профессионального пути, но и пути социального, который характеризуется сменой окружения, появлением эмоциональных привязанностей и определением дальнейшей жизненной стратегии. Самоопределение сопряжено с поиском ответа на вопросы «кем быть?» и «каким быть?», с определением жизненных перспектив и проектированием будущего [7]. Этот период сложен не только с точки зрения реального (внешнего) выбора, но и с внутренней, психологической стороны. Поэтому особенно важным в этой связи является сохранение психологического состояния, шире психологического здоровья, в переходный период юности.

Особенность психоэмоционального состояния в юношеском возрасте состоит в общей неопределенности, неуверенности значимости и успешной реализации своих желаний; в состоянии фрустрации. Такое положение вещей часто выражается в реальном изменении психологического здоровья индивида и появлении феномена тревоги. Тревога определяется как эмоциональное состояние острого внутреннего беспокойства, связываемого в сознании человека с прогнозированием опасности; эмоциональное состояние, связанное с возможностью фрустрации социальных потребностей [9]. Данный феномен выражается в ощущении беспомощности, бессилия, незащищенности, амбивалентностью чувств, порождающей затруднения в принятии решений и целеполагании [3].

Куда опаснее другая ситуация. Юношеское самоопределение - это часть большого процесса определения смысла всей дальнейшей жизни. Как говорил австрийский психолог, создатель логотерапии Виктор Франкл: «Человек нуждается не в разрядке напряжения любой ценой, но в возбуждении потенциального смысла, который он должен реализовать». На стадии определения собственной жизненной стратегии, то есть в период юности, есть опасность перерастания тревожного состояния в психическое расстройство.



Подкрепляемое постоянным осмыслением ценности собственного существования и отсутствия адекватной оценки возможностей и стремлений, ситуация может перейти в так называемый ноогенный (экзистенциальный) невроз. Исходя из теории В. Франкла — это такой вид нервно-психических расстройств, которые порождаются в результате утраты смысла жизни [8]. Основной причиной ноогенного невроза является безверие, разочарование в собственной жизни и потеря жизненных ориентиров. Это расстройство особенно актуально для современного общества потребления. Человеку необходимо верить в то, что его жизнь важна, ведь именно таким способом он может реализовать одну из ценностей о которой говорил А. Маслоу – ценность самоактуализации [6]. Но ввиду различных причин, личность теряет мотивационный настрой и приходит к выводу, что человеческое существование не имеет ни заданного предназначения, ни объективного смысла.

Для современной молодежи, особенно актуальна проблема рассеянности в ситуации множественных возможностей выбора при относительно низком уровне знаний о вариантах этого выбора. Отсутствие понимания того, каким будет будущее создает ситуацию растерянности. Человек чувствует себя, словно разобранный пазл, пытаюсь встроиться во все структуры сразу. На этапе поступления в высшие учебные заведения, выбирая свой профессиональный путь, молодое поколение сталкивается с одной из важнейших проблем самоактуализации – проблемой соотнесения возможностей со своими желаниями, а вследствие этого с проблемой адекватного целеполагания. Такая ситуация может привести не просто к потере мотивации, но и к ситуации вышеописанного «экзистенциального вакуума», - ситуации психологического расстройства.

Подытожив вышесказанное, хочется отметить, что ключевым аспектом личности является её направленность, которая представляется как сложное психологическое свойство, представляющее собой устойчивую систему внутренних побуждений и жизненных целей человека [2]. Формирование системы взглядов начинается именно в период юности – в период осознанного выбора. На наш взгляд, для своевременной профилактики нарушений психологического здоровья и появления психических расстройств необходимо разработать систему мер, обеспечивающих выработку и адекватную реализацию методов целеполагания у молодежи. Эти меры должны включать прежде всего активную профориентацию молодежи в различных сферах их будущей деятельности, распространение знаний о самоменеджменте среди молодежи, посильную помощь в оформлении желаний и стремлений в цели, соответствующие возможностям человека и формирование культуры целеполагания, как важнейшей части любого начинания. На наш взгляд подобная практика не только поможет молодежи быть более уверенными в себе



и своих стремлениях, но и сохранит психическое здоровье, которое важно для ощущения себя полноценной личностью.

Литература

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология: учеб. пособие для студ. вузов. - 4-е изд., стереотип / Г.С. Абрамова – М.: Издательский центр «Академия», 1999.–672 с.
2. Еникеев М. И. Психологический энциклопедический словарь: справочное издание / М. И. Еникеев. – М.: Проспект, 2012. – 558 с.
3. Зайцев Ю.А. Тревожность в подростковом и раннем юношеском возрасте (Диагностика. Профилактика. Коррекция): учебное пособие / Ю.А. Зайцев, А.А. Хван. – Кемерово.: Кузбасская государственная педагогическая академия, 2006. – 112 с.
4. Карпенко Л.А. Краткий психологический словарь / Л.А. Карпенко, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. –М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
5. Кон И.С. Психология юношеского возраста: Проблемы формирования личности: учеб. пособ. для пед. ин-тов / И. С. Кон. – М: Просвещение, 1979. – 175 с.
6. Маслоу А. Мотивация и личность / пер. с англ. А. М. Татлыбаевой. – СПб.: Евразия, 1999. – 478 с.
7. Туреевская Е.И. Возрастная психология / Тульский государственный педагогический университет им Л. Н. Толстого, 2002. – 124 с.
8. Франкл В. Основные понятия логотерапии / Перевел А. Бореев, отредактировал В. Данченко. – СПб.: Ювента, 1997. – 287 с.
9. Циркин С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста [Текст]: справочное пособие / – Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 214 с.



ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНОГО С ТОКСИКО-СОСУДИСТОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Чистюхина Е.Г.

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

Научный руководитель: профессор, д. психол.н., зав. кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии Никишина В.Б.

В статье на примере анализа клинического случая представлены особенности когнитивной и эмоциональной сферы у больного с токсико-сосудистой энцефалопатией. Можно отметить нарушение мнестической и интеллектуальной деятельности, лабильность эмоциональной сферы, речевые нарушения.

Ключевые слова: сосудистая энцефалопатия, токсическая энцефалопатия.

THE PECULIARITIES OF COGNITIVE AND EMOTIONAL SPHERE OF THE PATIENT WITH A TOXIC-VASCULAR ENCEPHALOPATHY **Chistochina E.G.**

In article on the example of analysis of a clinical case presents the peculiarities of cognitive and emotional sphere of the patient with a toxic-vascular encephalopathy. You can note a violation of memory and intellectual activity, the lability of the emotional sphere, speech disorders.

Key words: vascular encephalopathy, toxic encephalopathy.

Энцефалопатия – это поражение клеток головного мозга, обусловленное действием повреждающих факторов, и приводящее к нарушению функции мозговых структур. Является не самостоятельным заболеванием, а синдромом, который может быть вызван множеством причин [1]. Токсическая энцефалопатия представляет собой поражение сосудов и нервных клеток головного мозга различными ядовитыми веществами, которое сопровождается психоневрологическими расстройствами [3]. Сосудистая энцефалопатия – это органическое поражение головного мозга невоспалительного характера, вследствие недостаточности мозгового кровообращения [1]. Таким образом, при токсико-сосудистой энцефалопатии происходит поражение головного



мозга как результат недостаточности кровообращения, который, в свою очередь, вызван поражением сосудов головного мозга различными ядовитыми веществами.

В рамках исследования научного интереса к данной проблеме нами был проведен библиометрический анализ глубины поиска 10 лет: с 2008 по 2017 г. Анализ проводился с помощью информационной системы E-library (<http://elibrary.ru>). Нами были выделены следующие поисковые запросы: энцефалопатия, токсико-сосудистая энцефалопатия.

Первый поисковой запрос на тему «энцефалопатия» выдал результат поиска 2394 статьи из 25509927, что составляет 0,009% от общего количества публикаций по психологии и медицине на данном сайте. Гистограмма на рис.1 наглядно показывает, что проблема энцефалопатий остается актуальной и в настоящий момент.

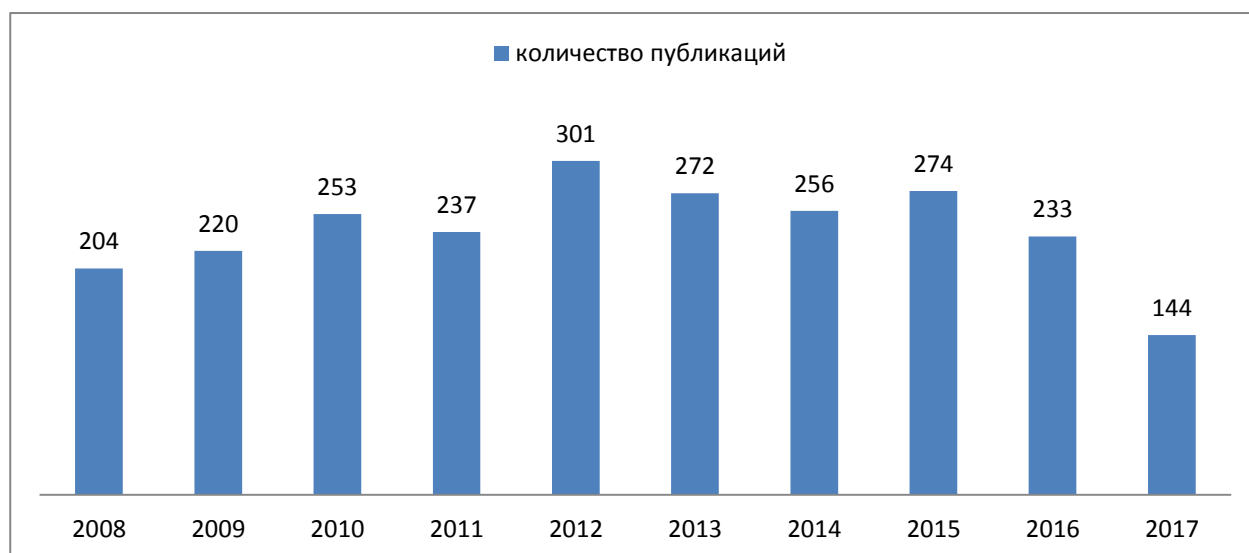


Рис. 1. Гистограмма частот по величине публикационной активности на тему «Энцефалопатия»

На тему «Токсико-сосудистая энцефалопатия» (рис.2) было найдено 19 статей из 25509927, что составляет 0,00007% от общего количества публикаций по психологии и медицине. Можно сделать вывод, что данная проблема в настоящее время недостаточно изучена.

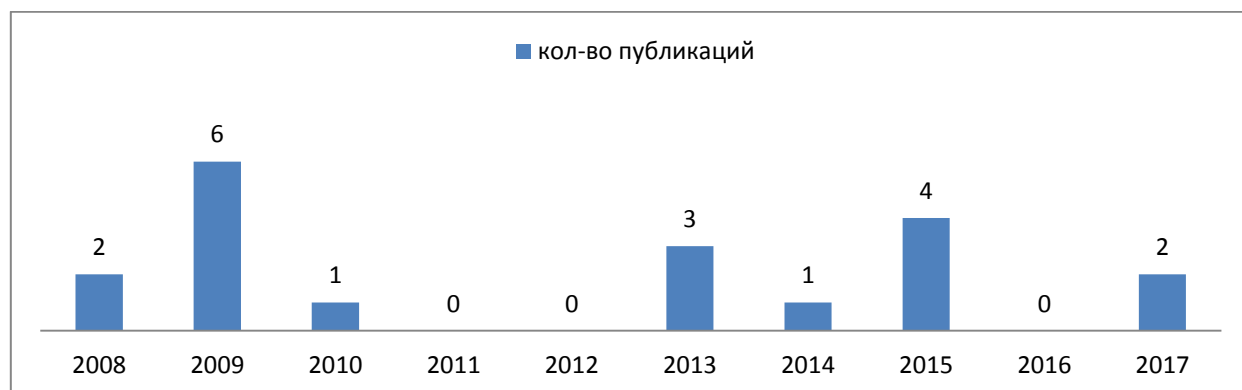


Рис. 2. Гистограмма частот по величине публикационной активности на тему «Токсико-сосудистая энцефалопатия»

Проведя библиографический-генетический анализ, мы наблюдаем, что на данный момент идет активная разработка над темой энцефалопатий, что вызвано в первую очередь запросами, возникающими в практической деятельности людей. Но мы хотели рассмотреть проблему изменения когнитивной и эмоциональной сфер больных на примере клинического случая.

В первую очередь необходимо более точно определить сущность токсической и сосудистой энцефалопатий.

Сосудистая энцефалопатия имеет свою классификацию, которая учитывает причины нарушения мозгового кровообращения. Наиболее распространены атеросклеротическая, гипертоническая, смешанная, венозная энцефалопатия.

Атеросклероз, гипертоническая болезнь приводят к патологическим изменениям стенки сосудов головного мозга, что приводит к снижению эластичности сосудов и отрицательно сказывается на токе крови по этим сосудам. Если поражение сосудов головного мозга сопровождается заболеваниями, которые нарушают гемодинамику, возможно ухудшение состояния мозга и нарастание симптомов энцефалопатии [4].

В развитии сосудистой энцефалопатии выделяют 3 стадии развития, для которых характерны свои симптомы.

Первая стадия называется компенсированной. Организм справляется с нарушениями и поддерживает мозговое кровообращение на достаточном уровне, однако, больной жалуется на ухудшение памяти, приступы головной боли и головокружения, ощущение тяжести в голове. Сон больных становится тревожным, характерны лабильность и неустойчивость настроения.

Вторая стадия называется субкомпенсированной. Происходит ухудшение состояния тканей головного мозга, симптомы становятся более выраженными и постоянными. Больные предъявляют жалобы на постоянную головную боль и



головокружение, что приводит к нарушению устойчивости тела при ходьбе. Наблюдается вялость, плаксивость, подавленное настроение, снижением внимания. На данной стадии в головном мозге повреждаются участки, отвечающие за иннервацию головы и конечностей. У больного часто наблюдаются нарушения речи, отсутствие или расстройство глотательного рефлекса, рефлексов чихания и кашля, а так же тремор рук и головы, дискоординация, нарушения зрения и слуха.

Третья стадия – декомпенсированная. Организм не в состоянии обеспечить головной мозг необходимым количеством кислорода. Ткань головного мозга начинает разрушаться, в тяжелых случаях развивается атрофия коры больших полушарий. Симптоматика выражается ярче, больной может страдать от эпилептических припадков. Данная стадия завершается глубокой деменцией [5].

Токсическая энцефалопатия представляет собой поражение сосудов и нервных клеток головного мозга различными ядовитыми. Под воздействием ядов питание нейронов ухудшается, часть из них погибает. Чаще всего некрозы возникают в подкорковых узлах, стволе головного мозга и мозжечке [2].

Протекает заболевание преимущественно в хронической форме. При систематическом поступлении в организм отравляющих веществ в малых или средних дозах токсины постепенно накапливаются в организме и преодолевают гематоэнцефалический барьер. Реже развивается острая форма токсической энцефалопатии, когда в организм яд попадает в большом количестве и возникает острое отравление [2].

Причинами токсической энцефалопатии могут быть: токсикомания, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, производственные риски при работе с опасными веществами, плохая экологическая обстановка, бытовые ядохимикаты, техногенные аварии и т.д.

Наиболее распространенной является токсическая энцефалопатия при алкоголизме, которая развивается вследствие длительного отравления организма этиловым или метиловым спиртом. Алкогольная интоксикация обуславливает множественные мелкоочаговые кровоизлияния и разрывы капилляров, что приводит к дегенерации структур головного мозга [3].

Для алкогольной энцефалопатии характерны слабость, быстрая утомляемость, снижение веса, нарушение пищеварения, нарушения речи, потеря способности самостоятельно передвигаться, эпилептические приступы, ухудшение памяти и дезориентация в пространстве [2].

Нейропсихологическое обследование когнитивных и мнестических функций больного К. происходило на территории ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона». Далее будет представлен клинический случай.



Больному К., 62 года, первоначально был поставлен диагноз «вялотекущая шизофрения», далее изменён на «токсико-сосудистая энцефалопатия с рассеянной микросимптоматикой, вестибулопатией и эписиндромом. Эпистатус». В настоящее время опекуном больного является мать, с которой он живёт, когда выписывается из больницы. Больной окончил 9 классов, после чего поступил в колледж, где учился на слесаря. Употребляет спиртное с 15 лет. О причине поступления в больницу в первый раз, говорит, что его остановили, когда он пытался уехать на автобусе в другой город. Вспомнил об этом больной уже под действием лекарственных препаратов.

Обследуемый в пространстве, времени, собственной личности ориентирован верно. В контакт вступает охотно, к ситуации обследования относится с энтузиазмом. На вопросы отвечает многословно, иногда не по существу. Речь не всегда внятная, активная. Иногда в разговоре делает паузы, пытаясь подобрать нужное слово. Голос громкий, темп ускоренный. Обращённую речь понимает в полном объёме, инструкции выполняет, удерживает. Эмоциональные реакции меняются в процессе обследования с благодушия на угрюмость.

Исследование профиля латеральной организации выявило правшество.

Данные по методике «Таблицы Шульте» (52с, 58с, 45с, 55с, 60с) свидетельствует о снижении степени вырабатываемости и психической устойчивости внимания.

При выполнении методики «10 слов» были получены следующие результаты: 5, 7, 7, 8 и отсрочено 6, что свидетельствует о нарушении мнестических функций. Рассказ «Галка и голуби» воспроизвёл при помощи наводящих вопросов, верно пояснил мораль рассказа.

«Исключение лишнего»: лишний предмет называл верно, верно была обозначена оставшаяся группа предметов, однако иногда начинал рассуждать о незначительных признаках предметов. С объяснением пословиц и поговорок справился, используя конкретные примеры. Результаты свидетельствуют о снижении уровня обобщений мышления.

Тонус и сила мышц в норме. Динамический и позный праксис сохранены. Выполняя пробу на реципрокную координацию, осуществлял движения изолированно друг от друга, по очереди. Символические и предметные действия выполняет верно. Графическая проба выполнена по шаблону.

Место единичного прикосновения указывает верно, различает различные прикосновения. Узнавание фигур не всегда происходит верно. При узнавании предметов на ощупь требуются дополнительные манипуляции с предметом.

При исследовании зрительного восприятия нарушений выявлено не было. Предметный, символический, цветовой, лицевой виды гнозиса сохранены.

При исследовании орального праксиса ошибки выявлены не были.



При исследовании экспрессивной речи у больного иногда возникали паузы, во время которых он вспоминал необходимое слово. Активный речевой словарь. Повторная речь сохранна. Сложные логико-грамматические конструкты доступны, больной долго думает и проговаривает задание. Автоматизированная речь сохранна. Номинативная функция речи сохранна. Понимание речи полное.

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что у больного имеется поражение мозолистого тела и комиссур головного мозга, т.к. в ходе исследования были обнаружены грубые ошибки при выполнении пробы на реципрокную координацию (свидетельствует о нарушении межполушарного взаимодействия), наличие дизартрии, а также нарушение когнитивной и эмоциональной сферы.

Таким образом, такие факторы как сосудистые заболевания головного мозга и алкоголизм выступают предпосылками для формирования нарушений как эмоциональной, так и когнитивной сферы. Данное исследование может быть использовано для разработки диагностических программ, программ восстановительного обучения.

Литература

1. Асташкин Е.И. Дисциркуляторная энцефалопатия: клиника, диагностика и возможности терапии /Е.И. Асташкин, М.Г. Глезер, Е.И. Асташкин, М.Г. Глезер // Фарматека. –2015. –№ 9 (302). –С. 88-95.
2. Ахматханова С.М. Алкогольная энцефалопатия: современные методы лечения /С.М. Ахматханова, Ю.А. Ю.А.Казакова, С.М. Карпов, П.П. П.П.Шевченко // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 22-23.
3. Долгова С.Г. Острая мозжечковая атаксия у молодой женщины: энцефалопатия Вернике? / С.Г. С.Г.Долгова, А.С. Котов, Ю.В. Матюк и др.// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. –2015. –Т. 7. –№ 4. –С. 27-32.
4. Мулалиев Р.А. Гипоксическая энцефалопатия – современные методы диагностики и терапии /Р.А. Мулалиев, П.П. Шевченко, С.М. Карпов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 124-125.
5. Павлова Ю.М. Нейропсихологические предикторы прогрессирования когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии / Ю.М. Павлова, С.В. Дерябина // WschodnioeuropejskieCzasopismoNaukowe. – 2016. – Т. 10. – № 2. – С. 48-52.



ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЕ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Чуйкова А.С.

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

**Научный руководитель; к. психол.н., доцент кафедры общей и
клинической психологии Земзюлина И.Н.**

*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 статье представлены результаты исследования особенностей семейных взаимоотношений в супружеской паре с психологическим бесплодием. В исследовании приняли участие 7 пар с бесплодием 10 здоровых пар. В качестве методов исследования мы использовали: методика «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» А.Н. Волковой; опросник удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л., Романовой, Г.П. Бутенко. В результате были получены данные о нарушении супружеского взаимодействия в парах с бесплодием, низкой удовлетворенности отношениями и снижении ролевой адекватности.

Ключевые слова: семейные взаимоотношения, супружеская пара, психологическое бесплодие

FEATURES FAMILY RELATIONSHIPS IN A MARRIED COUPLE WITH PSYCHOLOGICAL INFERTILITY

Chuykova A.S.

The article presents the results of studying the characteristics of family relations in a married couple with psychological infertility. The study involved 7 couples with infertility and 10 healthy couples. As methods of research we used: the methodology «Determination of the sequence of family values and role-playing game in a married couple» A.N. Volkova; questionnaire for the satisfaction of marriage. Stolina T.L, Romanova G.P Butenko. As a result, data were obtained on the violation of marital interaction in couples with infertility, low satisfaction with relationships and a decrease in the adequacy of roles.

Key words: family relationships, married couple, psychological infertility



Несмотря на достижения современной медицины, проблемы бесплодия не теряют своей актуальности. На сегодняшний день в медицине известны различные формы данного нарушения беременности. Причины, приводящие к бесплодию также разнообразны, включающие как физиологические, так и социально-психологические факторы. Помимо факторов, относящихся к физиологическим, на развитие бесплодия оказывают влияние социальные и психологические причины [3, 6]. Особую группу женщин с бесплодием составляет те пациентки, у которых медицинский диагноз точно не определен. Другими словами, обследование по стандартным медицинским критериям не выявило причин того, чтобы беременность не наступала. В МКБ-10 данная форма бесплодия имеет код N 97.9. В современной медицине и в психологии данная форма бесплодия обозначена как «неясное», «психогенное», «идиопатическое» бесплодие [1, 2, 4]. Согласно современному психосоматическому подходу, важное значение в картине психологического бесплодия имеет актуальная семейная ситуация, которая зависит от личностного вклада супругов и их способности реагировать на ситуацию сообща [1]. Возникают трудности супружеских отношений в связи с тем, что спланировавшим фактором для них была совместная борьба и поддержка друг друга в «сложной ситуации», и потеря навыков взаимодействия в «мирной жизни» [5, 6]. Следует учитывать, что бесплодие в браке практически всегда ведет к социальному и психическому неблагополучию [6]. Помимо того, что бесплодие может стать причиной нарушения психики личности мужчины или женщины. Таким образом, **объектом исследования** стали – особенности семейных взаимоотношений. **Предметом исследования** особенности семейных взаимоотношений в супружеской паре с психологическим бесплодием.

На основании вышеизложенного **центральной гипотезой** нашего исследования стало предположение о том, что существуют специфические особенности семейных взаимоотношений в супружеской паре с психологическим бесплодием, которые выражаются большими трудностями и несогласованностью в паре с психологическим бесплодием.

В качестве методов исследования мы использовали: методика «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» А.Н. Волковой; опросник удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко.

В результате статистической обработки данных, полученных по тесту - опроснику удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко, мы обнаружили различия на высоком уровне статистической значимости в уровне удовлетворенности браком между группами бесплодных



мужчин и мужчин, ожидающих ребенка ($p = 0,000051$), а также между группами бесплодных и беременных женщин ($p = 0,007132$) (рис. 1).



Рис.1. Распределение показателей удовлетворенности браком у мужчин и женщин.

Уровень удовлетворенности браком в контрольной группе выше по сравнению с экспериментальной. Бесплодные супруги менее удовлетворены своими отношениями. Брак у здоровой пары приносит им радость и удовольствие, в то время как в паре находящейся в ситуации бесплодия часто встречается эмоциональная отстраненность, мысли о разводе.

При обработке результатов, полученных по методике «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» А.Н. Волковой, были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости по шкалам «Личностная идентификация» ($p = 0,00018$), «Эмоционально – психотерапевтическая сфера» ($p = 0,000213$) между экспериментальной и контрольной группами (рис. 2).

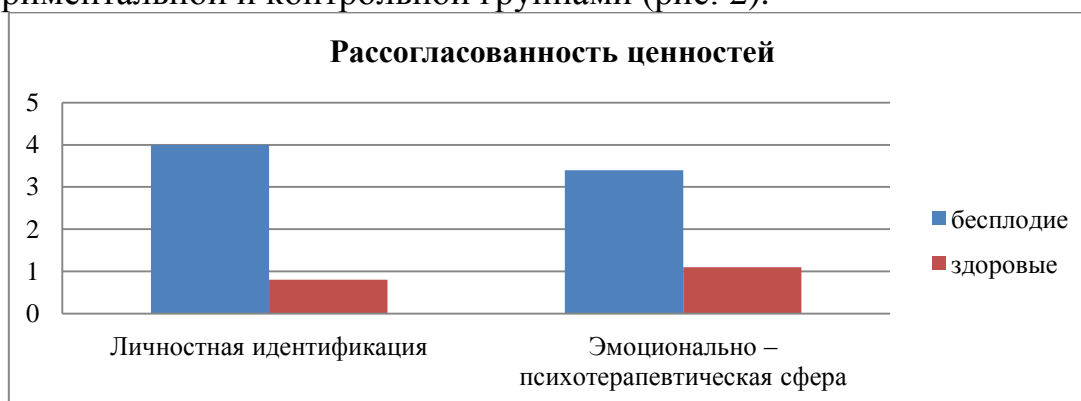


Рис.2. Распределение показателей ценностей в экспериментальной и контрольной группах.

Показатели по шкале «Личностная идентификация» демонстрируют различия, которые говорят об ожиданиях одного из супругов, что в отношениях будет общность интересов, ценностей, потребностей, способов



времяпровождения. Ожидания супругов по поводу того, какой должна быть семейная жизнь расходятся. Также мы обнаружили различия во взглядах супругов на эмоционально – психотерапевтическую функцию семьи. В бесплодных семьях супруги по-разному оценивают значимость брака как среды, в которой личность находит эмоциональную поддержку, осуществляет психологическую разрядку и стабилизацию. В такой ситуации супругам становится трудно выяснить, кто же из них будет нести ответственность за психологический климат в семье и оказывать моральную поддержку.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в семьях с психологическим бесплодием отмечается высокий уровень рассогласованности семейных ценностей, что оказывает негативное влияние на качество супружеских отношений.

При изучении ролевой адекватности супругов были обнаружены значимые различия ($p = 0,000024$) между мужчинами и женщинами экспериментальной группы.



Рис.3. Распределение показателей ролевой адекватности у мужчин и женщин.

Ролевая адекватность в бесплодном браке характеризуется низкими показателями у женщин и высокими у мужчин. Ролевая адекватность супругов определяется разность между ролевыми ожиданиями и ролевыми притязаниями супругов. В связи можно говорить о том, что в паре с бесплодием ролевые ожидания мужчин соответствуют ролевым притязаниям женщин. В тоже время ролевые ожидания женщин не соответствуют ролевым притязаниям мужчин. Таким образом, ожидания женщин в бесплодном браке не оправдываются.

В результате проведенного нами анализа мы обнаружили, что в семейной паре с бесплодием имеются значительные сложности супружеских отношений в связи с тем, что спланивающим фактором для них – совместная борьба и поддержка друг друга в «сложной ситуации». Мы выявили взаимосвязь



бесплодия с неудовлетворенностью в браке, нарушению ролевой организации в семье, а также высокий уровень рассогласованности.

Литература

1. Василенко Т.Д. Принятие роли матери: клинико-психологический анализ /Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина. –М.: Изд-во Форум - Инфра-М.,2011.– С. 167.
2. 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.
3. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М: Эксмо, 2005. – 990 с.
4. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия / В.Д. Менделевич.–. Казань. – 1996.– 337 с.
5. Николаева, В.В. Клинико-психологические проблемы психологии телесности /В.В. Николаева // Психологический журнал. 2003. – Т.24. – С. 119 – 126.
6. Федорова Т.А. Бесплодие неясного генеза у женщин / Т.А. Федорова // Андрология, репродукция и сексуальные расстройства. –1993. – № 4. – С . 19 – 22.
7. Федорова Т.А. Клиника, диагностика и лечение «необъяснимого» бесплодия у женщин: автореф. дис. канд. мед. наук /Т.А. Федорова. –М., 1986. – 18 с.
8. Филиппова Г.Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова –М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

ИНДИВИДУАЛЬНО – ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ ХАРАКТЕРОМ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Шашурина М.В.

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

**Научный руководитель; к. психол.н., ст. преподаватель кафедры
общей и клинической психологии Блюм А.И.**



В данной статье рассматривается актуальность изучения индивидуально – личностных особенностей беременных женщин с целью повышения качества родовспоможения.

Ключевые слова: беременность, родовая деятельность, психологическая готовность к материнству, роды, материнство.

INDIVIDUALLY-PERSONAL FEATURES OF WOMEN WITH DIFFERENT CHARACTER OF GENERIC ACTIVITY

Shashurina M.V.

This article discusses the relevance of studying individual – personal features of pregnant women with the aim of improving the quality of maternity care.

Keywords: pregnancy, childbirth activity, psychological readiness to maternity, childbirth, motherhood.

Актуальность изучения индивидуально – личностных особенностей женщин с разным характером родовой деятельности не вызывает сомнений, т.к. в настоящее время стоит задача повышения качества родовспоможения, т.к. нормальные роды составляют не более 10-20% от их общего количества [1],[3].

Исследования в области перинатальной психологии говорят о том, что течение беременности и родов тесно связано с психическим состоянием женщины: у беременных, находящихся в ситуации острого и хронического стресса, осложнения в протекании беременности и родов возрастают в несколько раз [2].

Таким образом, проблемой нашего исследования является вопрос: каковы индивидуально – личностные особенности женщин с разным характером родовой деятельности?

Объект исследования – индивидуально – личностные особенности беременных женщин.

Предмет исследования – индивидуально – личностные особенности женщин с разным характером родовой деятельности.

В качестве концептуального основания выступили концепция психологической готовности к материнству Г.Г. Филипповой, С.Ю. Мещеряковой, а также концепция И.В. Добрякова «Типы переживания беременности».

Цель исследования: изучить индивидуально – личностные особенности женщин с разным характером родовой деятельности.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. Определить взаимосвязь психологической готовности к материнству с разным характером родовой деятельности.



2. Определить взаимосвязь темперамента с разным характером родовой деятельности.

3. Изучить взаимосвязь эгоцентризма с разным характером родовой деятельности.

4. Определить связь типа переживания беременности с разным характером родовой деятельности.

5. Определить связь индивидуально – личностных особенностей женщин с разным характером родовой деятельности.

6. Разработать принципы и программу клиничко – психологического сопровождения беременных женщин с данными индивидуально – личностными особенностями.

Литература

1. Абрамченко В.В. Перинатальная психология: теория, методология, опыт /В.В. Абрамченко, П.П. Коваленко. – Петрозаводск: Интел Тек, 2004. – 350 с.

2. Королева Н.Н. Беременность и материнство как ситуация адаптации /Н.Н. Королева // Молодой ученый. – 2010. – №9. – С. 254-257.

3. Эрсилы Р. Психопрофилактическая подготовка к родам /Р. Эрсилы // Труды X всесоюзного съезда акушеров и гинекологов: Тез. докл. –М., 1961. – С. 56-57.

ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА СТУДЕНТОВ ВУЗА

Шкуркова А.С.

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

**Научный руководитель: д. психол.н., профессор кафедры психологии
здоровья и коррекционной психологии Молчанова Л.Н.**

В статье представлены результаты исследования особенностей акцентуаций характера студентов вуза, обучающихся на медицинских и немедицинских специальностях. Наиболее часто встречающимися у студентов вуза явились эмотивный, гипертимный, циклотимичный и аффективный тип акцентуации характера. Причем у студентов немедицинских специальностей в большей степени выражены циклотимичный и аффективный тип акцентуации, характеризующиеся частой сменой настроения, замкнутостью, фрустрацией



перед трудностями, что может отразиться на работоспособности и потере интереса к учебному процессу.

Ключевые слова: акцентуации характера, циклотимичный, аффективный тип акцентуации, студенты вуза.

PECULIARITIES OF STUDENT ASCENTENCIES

Shkurkova A.S.

The results of a study of the peculiarities of accentuations of the nature of university students enrolled in medical and non-medical specialties are presented in the article. The emotional, hypertensive, cyclothymic and affective type of character accentuation were the most common among university students. Moreover, the students of non-medical specialties have a more expressed cyclothymic and affective type of accentuation, characterized by frequent mood changes, closeness, frustration over difficulties, which can affect the performance and loss of interest in the learning process.

Key words: accentuation of character, cyclothymic, affective type of accentuation, university students.

Акцентуации характера личности и психические состояния юношей и девушек имеют непосредственную связь с успешностью обучения в вузе. Под акцентуацией характера в психологии понимается отдельное усиление его черт, что без сомнения оказывает своё влияние как на общение личности, так и на её деятельность [2]. Это в полной мере относится к такой специфической деятельности, как учебная. В юношеском возрасте, особенно на его начальном этапе, учебная деятельность является одной из основных. Она представляет собой значительную часть жизни молодежи, однако сам процесс протекания, её успешность, а как следствие и успешность студента, во многом являются зависимыми от его личностных свойств, в том числе и от характерологических черт. Одни акцентуации характера могут способствовать обучению, получению знаний и преподаватель может опереться на них в своей практической работе. Иные акцентуации характера, несмотря на знания обучающегося, могут занижать его успешность, являясь, по сути, определённым препятствием в учебной работе [3, 4]. Всё это говорит об актуальности проблемы взаимосвязи акцентуации характера студентов с их успешностью обучения в вузе.

В этой связи целью исследования состояла в изучении особенностей акцентуаций характера студентов вуза, обучающихся на медицинских и немедицинских специальностях. В исследовании приняли участие 70 студентов ФГБОУ ВО КГМУ (17-23 лет, 35 юношей и 35 девушек) немедицинских и медицинских специальностей.



В качестве объекта исследования рассматривали акцентуации характера студентов вуза. Предметом исследования явились особенности проявлений акцентуаций характера студентов вуза.

Выдвинута гипотеза о существовании случайных различий в уровнях выраженности акцентуаций характера у студентов, обучающихся на медицинских и немедицинских специальностях.

В ходе исследования акцентуации характера с помощью патохарактерологического диагностического опросника для подростков (Н.Я. Иванов, А.Е. Личко) [1] были получены следующие результаты: Наиболее выраженными у юношей и девушек явились эмотивный (23%), гипертимный (20%), циклотимичный (18%) и аффективный (10%) тип акцентуации характера. 29% респондентов не имеют заостренных черт характера. Гипертимный тип акцентуации характера (20%) проявляется в учебном процессе в виде неусидчивости и недисциплинированности. Поведение гипертимов очень часто вызывает неудовольствие и резкую реакцию преподавателей. Однако, следует учитывать, что в основе недисциплинированности и неусидчивости лежат определённые характерологические особенности, а не негативная учебная мотивация. Успешность студентов с гипертимной акцентуацией характера может быть самой различной: от неудовлетворительной до отличной. Такие студенты всегда хотят быть первыми, и учебная деятельность не является исключением. Эмотивную акцентуацию (23%) в характере студента часто не замечают, игнорируют такие особенности, как повышенная чувствительность и впечатлительность. В процессе учёбы такой юноша/девушка может замкнуться в себе из-за малейшего замечания преподавателя, даже если оно правомерно. По мнению таких людей, к ним относятся очень предвзято. Преподавателю необходимо иметь в виду все эти особенности эмотивного типа акцентуации характера в педагогической практике. Следует быть очень осторожным с оценкой поведения таких ребят, замечания необходимо делать им крайне осторожно, по возможности избегая всеобщего услышания. Циклотимический тип (18%) склонен к частой смене настроения, которая отражается на учебном процессе. У него периодически падает работоспособность, утрачивается интерес к работе и к окружающим людям. Более того, люди такого типа акцентуации характера, тяжело переживают неудачи, часто думают о собственных недостатках, в результате чего становятся замкнутыми. В данном проявлении он сходен с аффективно-экзальтированным типом, однако, эмоции здесь развиваются с меньшей скоростью. В целом данный тип можно охарактеризовать как «чувствительный, впечатлительный». Экзальтированному типу (10%) свойственно высокая контактность, словоохотливость. Работая, он в состоянии переключаться, забыть о своем плохом настроении, но это



происходит лишь в том случае, если работа его заинтересовала. Следует учесть, что именно эти люди склонны «опускать руки» при первой неудачной попытке к достижению высокой результативности обучения.

Выявление особенностей проявлений акцентуаций характера у студентов, обучающихся на медицинских и немедицинских специальностях, осуществлялось с помощью критерия U Манна-Уитни. Выявлена значимость различий в уровнях выраженности циклотимичности ($U_{\text{эмп.}} = 136,5$ при $p\text{-level}=0,00001$) и аффективности, экзальтированности ($U_{\text{эмп.}} = 214,5$ при $p\text{-level}=0,021$), причем более высокая выраженность присуща студентам немедицинских специальностей.

Таким образом, особенности акцентуаций характера студентов вуза, обучающихся на немедицинских и медицинских специальностях, проявляются в частой смене настроения, замкнутости, фрустрации перед трудностями, что может отразиться на работоспособности, потере интереса к учебному процессу, в большей степени выраженных у студентов немедицинских специальностей. Чрезмерная выраженность этих проявлений являться помехой в развитии личности и становлении студента как профессионала.

Литература

1. Иванов Н.Я. Патохарактереологический диагностический опросник для подростков /Н.Я. Иванов, А.Е. А.Е. Личко – СПб.: ФОЛИУМ, 2011. – 400 с.
2. Леонград К. Акцентуированные личности /К. Леонград – М.: Медицина. 2009. –306 с.
3. Ройзман И.В. Акцентуации характера как показатели, влияющие на адаптивность студентов/И.В. Ройзман //Наука и современность. –2014. –№ 30. С. 112-118.
4. Тарасов Г.А. Акцентуации характера и изменения личности у студенток медицинского колледжа /Г.А. Тарасов, Н.А. Баранова, Н.А. Тавинова, Е.П. Афиногенова, Л.П. Толстова // Медицинская сестра.– 2014. –№ 2. –С. 50-53.



АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Щербанева Т.А.

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

Научный руководитель: профессор, д.м.н., зав. кафедрой психиатрии и психосоматики Погосов А.В.

В статье рассматривается проблема изменения личности (акцентуации характера) у подростков общеобразовательного учреждения, склонных к аддиктивному поведению, как одной из форм девиантного поведения. Приведены результаты сравнения типов акцентуаций характера подростков, имеющих склонность к аддиктивному поведению и подростков, не имеющих такой склонности.

Ключевые слова: подростковый возраст, девиантное поведение, аддиктивное поведение, изменения личности, акцентуации характера.

ACCENTORATION OF CHARACTER IN ADOLESCENTS WITH ADDITIVE BEHAVIOR

Shcherbaneva T.A.

In this article the problem of personality change (character accentuation) in adolescent general educational institutions prone to addictive behavior is considered as one of the forms of deviant behavior. The results of a comparison of the types of accentuations of the nature of adolescents with a propensity for addictive behavior and adolescents who do not have such a tendency are given.

Key words: adolescence, deviant behavior, addictive behavior, personality changes, character accentuation.

Проблема аддиктивного поведения у подростков в современном мире занимает одно из наиболее значимых мест. Наркомания и алкоголизм являются одной из важных и сложных проблем нашего общества. Дальнейший рост числа наркозависимых среди детей и подростков создает предпосылки к угрозе национальной безопасности страны, связанной с эпидемией наркозависимости среди молодежи. Масштабы и скорость распространения химических и нехимических аддикций стремительно растут. Тенденция изучения омоложения



лиц, страдающих зависимым поведением, доказывает актуальность данной проблемы в обществе [1,5,7,8].

В.Д. Менделевич (2001) изучал проблему девиантного поведения, рассматривал аддиктивное поведение как одну из его форм. По мнению автора - девиантное поведение - это система поступков, противоречащих принятым в обществе нормам. Оно проявляется в виде несбалансированных психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или отклонений в нравственном или эстетическом контроле за своим поведением. Аддиктивное поведение характеризуется стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема психоактивных веществ (ПАВ). Проблема детерминант аддиктивного поведения подростков остается недостаточно изученной.

Наиболее распространенными видами изменения личности у аддиктивных подростков являются характерологические и патохарактерологические реакции. Каждый из существующих типов характера может относиться к условной норме, быть заостренным (акцентуированным) или является основой для формирования расстройств личности. Акцентуация характера – заострение черт характера, не доходящих до патологической степени. Акцентуации можно расположить на границе между характерологической нормой и патологией. По мнению А.Е. Личко (1999), акцентуации отличаются от патологии характера тем, что: проявляются лишь в трудных жизненных ситуациях; не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации личности или нарушения адаптации имеют временный, преходящий характер; в определенных жизненных ситуациях могут способствовать социальной адаптации. А.Е. Личко, применительно к подростковому возрасту, выделяет следующие типы акцентуированных характеров: гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный. Акцентуации окончательно формируются и наиболее выражены в подростковом возрасте. Большинство акцентуаций может сгладиться или исчезнуть с наступлением зрелости.

Целью исследования является изучение распространенности акцентуаций характера у подростков, у которых обнаруживается склонность к аддиктивному поведению.

Нами было проведено эмпирическое исследование, в котором приняли участие 53 (100%) подростка, средний возраст которых составил 15 лет. Исследование проводилось на базе МОУ средней общеобразовательной школы г. Курска. Основными методами при проведении исследования выступили клиничко-психологический с использованием психодиагностической методики «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» (А.Н.Орел),



опросник Шмишека «Акцентуации характера». Полученные результаты были подвержены статистической обработке с помощью статистического пакета STATISTIKA 6.0, с применением критерий Фишера (φ^*).

Обследованные нами подростки были протестированы по методике, позволяющей определить склонность к отклоняющемуся поведению («Определение склонности к отклоняющемуся поведению» А.Н.Орел) и разделены на две группы по принципу наличия, либо отсутствия признаков отклоняющегося поведения. В ОГ (28 человек - 52,83%) вошли подростки, у которых обнаруживаются признаки аддиктивного поведения, КГ (25 человек – 47,83%) представлена подростками не склонными к аддиктивному поведению.

В результате проведенного исследования было установлено, что у подростков ОГ, склонных к аддиктивному поведению статистически чаще встречаются такие акцентуации характера, как «гипертимность» ($\varphi^*=2,34$, $p<0.01$) и «экзальтированность» ($\varphi^*=3,218$, $p<0.01$), в отличие от подростков КГ, у которых склонность к аддикции не обнаружена. На уровне статистической тенденции установлены различия по шкале «демонстративность» у подростков ОГ ($\varphi^*=2,086$, $0.05<p<0.01$). В КГ подростков отмечается повышение значения по данной шкале.

Полученные данные свидетельствуют о том, что проблема аддикций среди подросткового населения и их изменения личности имеют особую актуальность. Подросткам склонным к аддиктивному поведению свойственно повышенное настроение, оптимистичность, недисциплинированность. Наблюдается склонность к приключениям, романтике, не терпят власти над собой, не любят, когда их опекают, тенденция к доминированию, лидированию, эгоцентризму, а так же стремление быть постоянно в центре внимания, аффективной экзальтации. Результаты проведенного исследования являются предварительными и могут стать основой для разработки профилактической программы коррекции аддиктивного поведения у подростков.

Литература

1. Боев И.В. Клинико-психологические аспекты диагностики и профилактики отклоняющегося поведения у детей и подростков / И.В. Боев, О.А. Ахвердова, Н.Н. Волослова. – Ставрополь, 2001. – С.210.
2. Егоров А.Ю. Возрастная наркология: учеб. пособие для студентов высш. и сред. пед., психол. и мед. учеб. заведений /А.Ю. Егоров; Ин-т спец. педагогики и психологии междунар. ун-та семьи и ребенка им. Р. Валленберга. – СПб.: Дидактика Плюс; М.: Ин-т общегуманитар. исследований, 2002. – С.267.



3. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения). / Е.В. Змановская – Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. - М.: Академия, 2004. – С.288.

4. Коломенский Я.Л. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция./ Я.Л. Коломенский, Е.А. Панько, С.А. Игумнов. – СПб., 2004. – С.435.

5. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук-во / В.Д. Менделевич – М.: МЕДпресс, 2005. – С.592.

6. Молоканов Г.А. Взаимосвязь когнитивных особенностей школьников 8-9 классов и склонность к аддиктивному поведению. / Г.А. Молоканов // Материалы 81-й Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежная наука и современность», проводимой в рамках недели медицинской науки, посвященной 81-летию КГМУ (20-21 апреля 2016г.). В 3-х томах. Том 1. – Курск: Изд-во КГМУ, 2016. – С.454.

7. Новая технология профилактики зависимости от психоактивных веществ у подростков. / В.Б. Ласков, И.А. Погосова, И.В. Ласкова, Я.Ю. Головченко. // XV съезд психиатров России. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – С.255.

8. Погосов А.В. Современное состояние вопроса интернет-зависимости: клиника, диагностика, личностные особенности. / А.В. Погосов, М.Л. Филатова, И.А. Погосова. // Наркология. – 2017. – Т. 16, № 6. – С.79

9. Погосов А.В. Особенности сочетания пивного алкоголизма с гашишной наркоманией у подростков. / А.В. Погосов, Е.В. Аносова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – Т. 110.– № 2. – С. 28–32.

10. Погосов А.В. Проблемы наркологии (лекционный курс) / А.В. Погосов – Курск: КГМУ, 2005. – С.216.

11. Погосов А.В. Психотерапия зависимости от психоактивных средств: метод. рек. /А.В. Погосов, Ю.М. Чапинский, Л.Б. Харитонов; ГОУ ВПО "КГМУ Федерал. агентства по здравоохранению и соц. развитию". – Курск: КГМУ, 2005. – С.21.

12. Погосова И.А. Склонность к отклоняющемуся поведению и особенности познавательной и эмоциональной сферы подростков / И.А. Погосова, Я.Ю. Головченко, Е.М. Конищева, Материалы 75-й юбилейной итоговой Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием: Молодежная наука и современность, посвященной 75-летию КГМУ, 20-21 апреля 2010 года. В 3-х частях. Часть II. – Курск, ГОУ ВПО КГМУ, 2010. – С.26.

13. Сирота Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, гуманит. л-ры обучающихся по направлению и специальностям психологии /Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – М.:Академия, 2009. – С.176.



14. Филатова Т.А. Профилактика употребления психоактивных средств в подростковой среде / Т.А. Филатова, А.В. Погосов, Н.С. Степашов // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2008. – № 3. – С.79.

СРАВНЕНИЕ ОСНОВНЫХ СФЕР ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В РОССИИ И УКРАИНЕ

Юрийчук О.А., Сибилева А.А.

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

**Научный руководитель: к. психол.н., старший преподаватель кафедры
психологии здоровья и коррекционной психологии Кузнецова А.А.**

В статье представлен тематический анализ применения метода биологической обратной связи в России и Украине. Наибольшую популярность применения метода биологической обратной связи в России имеют следующие направления: реабилитация после протезирования, травм позвоночника и коррекция нарушений опорно-двигательной системы и др.

Ключевые слова: аппаратные методы, биологическая обратная связь, Украина, Россия

COMPARISON OF THE BASIC SPHERES OF USING THE METHOD OF BIOLOGICAL FEEDBACK IN RUSSIA AND UKRAINE

Yuriychuk O.A., Sibileva A.A.

The thematic analysis of the application of the biofeedback method in Russia and Ukraine is presented in the article. The following areas, such as rehabilitation after prosthetics, spinal injuries and correction of disorders of the musculoskeletal system, etc., are most popular in the application of the biofeedback method in Russia

Keywords: hardware methods, biological feedback, Ukraine, Russia

На сегодняшний день аппаратные методы приобретают большую популярность в современной науке. Одним из таких методов является биологическая обратная связь. Изучение сфер применения данного метода способно продемонстрировать широту его использования и возможностей.



Данный анализ проводился на сравнении 42 статей, из которых 33 принадлежат российским авторам, 9 – украинским. Поиск осуществлялся по двум электронным библиотекам – «eLIBRARY.RU», «Киберленинка». Во время анализа учитывались как количественные, так и качественные параметры. В роли последних выступали различные сферы применения метода БОС, на основании которых и осуществлялся количественный подсчет статей по каждой из стран. Всего за 2013 год было выделено 5 статей, за 2014 – 12, за 2015 – 12, за 2016 – 8 (из них 0 статей украинских авторов), за 2017 – 5 (из них 0 статей украинских авторов). Что говорит о некоем снижении научного интереса украинских авторов к данной проблематике за последние 2 года. Всего в написании всех статей участвовало 148 авторов, 103 из которых относятся к российской школе, 45 – к украинской. Наибольшую активность в изучении исследуемого нами феномена у украинских авторов показали Белал С.А.С. (5 статей), Яблучанский Н.И. (4 статьи), из российских авторов – Селицкий Г.В. (4 статьи), Сорокина Н.Д. (4 статьи). Среди 33 статей российских исследователей 10 были отнесены к сфере реабилитации людей и коррекции нарушений их опорно-двигательной системы (Бодрова Р.А. 2017г, Василькин А.К. 2016г), 6 - к сфере изучения тревожности и стрессоустойчивости (Яхутов М.Р. 2017г, Рамендик Д.М. 2015г), 5 - к сфере развития физических навыков у спортсменов и сотрудников спец.подразделений РФ (Воронин Р.М. 2016г, Нефедова Н.В. 2014г), 4 статьи были посвящены сфере изучения головной боли (Селицкий Г.В., Сорокина Н.Д. 2014-2016гг), 8 статей попали в группу другого назначения (Балашова С.В. 2015г, Тупиков М.В. 2014г). Из 9 статей украинских авторов 5 относятся к сфере изучения использования метода БОС в работе с людьми, имеющими заболевания сердечно-сосудистой системы (Белал С.А.С. 2015г, Радченко А.О. 2013г), остальные 4 статьи были отнесены к группе другого назначения (Коваленко С.А. 2014г, Костев Ф.И. 2014г).

По результатам тематического анализа можно сказать, что наибольшую популярность применения метода биологической обратной связи в России имеют следующие направления: реабилитация после протезирования, травм позвоночника и коррекция нарушений опорно-двигательной системы; физическая подготовка спортсменов и сотрудников спец.подразделений РФ; развитие стрессоустойчивости и изучение тревожности. Помимо этого, были отмечены исследования с применением БОС в коррекции ДЦП, моторных тиков и шизофрении. В украинских исследованиях ведущую роль занимает изучение использования метода биологической обратной связи в работе с людьми, имеющими различные отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы. Вниманию украинских специалистов подлежало также исследование коррекции гиперактивности мочевого пузыря при помощи метода БОС, и изучение влияния различных лекарственных средств на организм человека.



Таким образом, метод биологической обратной связи имеет обширное применение как в России, так и на Украине. В исследованиях каждой из стран имеется преобладание собственной сферы изучения здоровья и жизнедеятельности человека, на которую направлено применение метода биологической обратной связи, что свидетельствует об уникальности использования БОС в современной науке.

Литература

1. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU. Электронный ресурс - <https://elibrary.ru/>
2. Научная электронная библиотека «Киберленинка». Электронный ресурс - <https://cyberleninka.ru/>



ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

НАШИ ПАРТНЕРЫ

Коллекция		Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал
Гуманитарных		The Collection of Humanitarian Studies. Electronic scientific journal
Исследований		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 № 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 профилактики гигиены до имплантации. Работаем в системе ОМС.



МЕДИКОНТА

Informational Technologies



cotekc